



Regione del Veneto  
**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO**  
**IRCCS**



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' SEDE ESTERNA**

<b>NOME E COGNOME</b>	_____	<b>Matricola</b>	_____	<b>Tel.</b>	_____
<b>TIPO ATTIVITA'</b>	<b>ATTO DI CONFERIMENTO</b>			<b>QUALIFICA</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CO.CO.CO</b>	<i>DELIBERA N° _____ DEL _____</i>			_____	
<input type="checkbox"/> <b>BORSISTA</b>	<i>DURATA DEL CONTRATTO DAL _____ AL _____</i>			_____	
<b>UNITÀ OPERATIVA</b>	_____	<b>RESPONSABILE</b>	_____		
<b>LUOGO SEDE ESTERNA</b>	_____	<b>DATA</b>	Dal _____ Al _____		
		<b>ORARIO</b>	Dalle _____ Alle _____		
<b>MOTIVO</b>	_____				

**Compilare la tabella indicando le spese previste**

NESSUNA SPESA	<input type="checkbox"/> SI		€ .....
VIAGGIO CON MEZZO PUBBLICO <i>(utilizzo del taxi solo se preventivamente motivato e autorizzato)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€ .....
VIAGGIO CON MEZZO PROPRIO <i>(vedasi specifico regolamento interno)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€ .....
VITTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€ .....
ALLOGGIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€ .....
VARIE	<input type="checkbox"/> SI	_____ (specificare)	€ .....
<b>TOTALE SPESA PREVISTA</b>			<b>€ .....</b>

<b>RICHIESTA ANTICIPO</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>TIPOLOGIA DI FONDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>ALTRI FONDI</b>	€ ..... (specificare tipologia: sperimentazioni, progettualità, fondi liberali)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore SC Risorse Umane
	<input type="checkbox"/> <b>FONDI RICERCA</b>	€ ..... (specificare tipologia: RC, 5x1000, ricerca da privati, fondi europei, ricerca finalizzata regionale e ministeriale)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore Scientifico

Firma del richiedente per accettazione \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile di U.O. \_\_\_\_\_

Firma del responsabile PI e/o fondo \_\_\_\_\_



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' SEDE ESTERNA**

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER ATTIVITA' SEDE ESTERNA**

*dato richiesto per la sola quantificazione del rimborso*

Orario attività lavorativa			Orario viaggio		
Data	dalle ore	alle ore	Data	dalle ore	alle ore

**N.B.:**

- il rimborso del biglietto aereo è subordinato alla presentazione del **biglietto completo di carta d'imbarco**.
- Il partecipante dovrà provvedere autonomamente al pagamento della **quota di iscrizione** facendo intestare la fattura a se stesso la quale verrà poi interamente rimborsata.

**SPESE EFFETTIVE**

<b>NESSUNA SPESA</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>VIAGGIO CON MEZZO PUBBLICO</b>	_____	€ .....
	<i>(specificare il nr di biglietti)</i>	
<b>VIAGGIO CON MEZZO PROPRIO</b> <i>(allegare autorizzazione)</i>	Km	_____
	Pedaggio	€ .....
	Parcheggio	€ .....
<b>VITTO</b>	_____	€ .....
	<i>(specificare il nr. di pasti)</i>	
<b>ALLOGGIO</b>	_____	€ .....
	<i>(specificare il nr. di notti)</i>	
<b>VARIE</b>	_____	€ .....
	<i>(specificare)</i>	
<b>TOTALE</b>		€ .....

<b>ANTICIPO EROGATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	€ .....
-------------------------	---	---------

***Il richiedente***

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_