



Trasmetto il sottostante " Ordine di Missione" con il quale si è preventivamente autorizzato il sottocitato membro ad effettuare la trasferta di cui alla seguente Sezione "A", per il periodo ed alle condizioni in essa indicate.

A seguito di quanto sopra chiedo che al summenzionato venga corrisposto il rimborso delle spese effettivamente sostenute, qualora spettanti e nella misura prevista dalla vigente normativa che regola la materia

data \_\_\_\_\_

(\*)

(Il presidente Ordine TSRM-PSTRP di Cuneo o suo delegato)

Sezione -A-	> AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALL'ESPLETAMENTO DELLA MISSIONE <
Il sig. (cognome e nome) _____ nato a _____ il _____	
in qualità di _____ (indicare se CdA albo di appartenenza)	
membro <input type="checkbox"/> Consiglio Direttivo <input type="checkbox"/> Consiglio di Albo	
in servizio presso (struttura/servizio) _____	
E' AUTORIZZATO AD EFFETTUARE LA SEGUENTE MISSIONE:	
presso: _____ località: _____	
per il seguente motivo: _____	
_____	
nel periodo dal: \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ al \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\	
con l'utilizzo del mezzo: pubblico proprio gratuito altro <small>(in tale ipotesi compilare la sottostante sezione -B-)</small>	
Sezione -B-	> BENESTARE ALL'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO <
Il sottoscritto con riferimento all'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio concessa dal Responsabile o suo delegato <b>dichiara</b>	
- di essere in possesso di regolare polizza di assicurazione R.C.A. verso terzi;	
- di essere al corrente della copertura per i casi di danneggiamento al mezzo nonché di lesioni o decesso con assicurazione a carico dell'Azienda, salvo i casi di dolo, di colpa, di responsabilità di terzi ovvero della copertura assicurativa di cui sopra.	
- tipo di autovettura di proprietà _____ targa _____	
data _____	

Via G. Matteotti, 2 – 12100 Cuneo (CN)

Web: [www.ordineprofessionisanitariecuneo.org](http://www.ordineprofessionisanitariecuneo.org) - E-mail: [cuneo@tsrm.org](mailto:cuneo@tsrm.org) - PEC: [cuneo@pec.tsrm.org](mailto:cuneo@pec.tsrm.org)

Cod. IPA: cptsr\_cn – Cod. Univ. Uff.: UFW4VH



Sezione -C-	>DOMANDA DI LIQUIDAZIONE DEL TRATTAMENTO DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE<
<i>Il sottoscritto, sotto la propria personale responsabilità ed in relazione alla missione sopra disposta:</i>	
<b>dichiara</b>	
che la stessa è iniziata il giorno \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ alle ore \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\	
ed ha avuto termine il giorno \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ alle ore \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\	
mezzo usato:            pubblico            proprio            gratuito            altro	
ALLEGA i seguenti documenti giustificativi delle spese effettivamente sostenute delle quali chiede il relativo rimborso (a)	
1. mezzi di trasporto:	<input type="checkbox"/> ferroviario <input type="checkbox"/> proprio > km. percorsi    \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ <small>(allegare scontrino carburante)</small>
	<input type="checkbox"/> aereo <input type="checkbox"/> urbano            altro _____ <small>(specificare)</small>
	<input type="checkbox"/> navale <input type="checkbox"/> extraurbano <input type="checkbox"/> pedaggi autostradali
2. soggiorno	<input type="checkbox"/> pernottamento    scontrino fiscale per ristoro sostitutivo del pasto <small>(nella sola ipotesi in cui compete il rimborso del vitto)</small>
	<input type="checkbox"/> ristorante            altro _____; <small>(specificare)</small>
ha percepito a titolo di acconto per le spese di cui sopra la somma di \_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\ euro <small>(compilare qualora ricorra l'ipotesi)</small>	
(a) Il rimborso delle spese sostenute sono subordinate all'avvenuta consegna del presente modulo e dei relativi allegati. I documenti di cui sopra devono essere consegnata direttamente al Tesoriere, in originale ed entro 10 giorni dal termine della missione sopra disposta. L'invio degli atti con altri mezzi avviene sotto la responsabilità del dichiarante e, pertanto, non si risponde di eventuali documenti dichiarati ma non risultanti a corredo del presente modulo.	

*Il sottoscritto, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso,*

**dichiara**

*che quanto attestato con il presente modulo corrisponde al vero.*

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

Le dichiarazioni sostitutive sono soggette a controllo anche a campione.

*Ferma restando la responsabilità penale, il dichiarante decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

Via G. Matteotti, 2 – 12100 Cuneo (CN)

Web: [www.ordineprofessionisanitariecuneo.org](http://www.ordineprofessionisanitariecuneo.org) - E-mail: [cuneo@tsrm.org](mailto:cuneo@tsrm.org) - PEC: [cuneo@pec.tsrm.org](mailto:cuneo@pec.tsrm.org)

Cod. IPA: cptrs\_cn – Cod. Univ. Uff.: UFW4VH



**Ordine**  
dei tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
**Cuneo**

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

04/08/1965 n. 1103, 31/01/1983 n. 25 e 11/01/2018 n. 03

Cod. Fisc.: 80024530042

/\_/ *si allega brochure*

/\_/ *si allega copia bonifico pagamento iscrizione*

/\_/ *si allega copia iscrizione al corso*

/\_/ *si allegano ricevute in originale (pasti, soggiorno, pedaggi, distanza percorsa)*

/\_/ *si allega attestato di partecipazione*

/\_/ *si allega codice IBAN per bonifico di rimborso spese*

Via G. Matteotti, 2 – 12100 Cuneo (CN)

[Web: www.ordineprofessionisanitariecuneo.org](http://www.ordineprofessionisanitariecuneo.org) - E-mail: [cuneo@tsrm.org](mailto:cuneo@tsrm.org) - PEC: [cuneo@pec.tsrm.org](mailto:cuneo@pec.tsrm.org)

Cod. IPA: cptr\_cn – Cod. Univ. Uff.: UFW4VH

**Pagina 3 di 3**