MEDICI PER LA MEDICINA DEI SERVIZI
RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER UTILIZZO MEZZO PROPRIO

SOC MMG
e Continuità
assistenziale

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

Io sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Medico per la Medicina dei Servizi residente nel Comune di _____

in servizio presso la struttura _____

sede _____

È AUTORIZZATO

[ ] ALL'USO DEL MEZZO PROPRIO – CON ESONERO DI OGNI RESPONSABILITÀ PER L'ENTE – PER ATTIVITÀ DI SERVIZIO

_____ il dipendente

_____ Il Responsabile di Struttura

Chiede pertanto il rimborso (*) per i seguenti KM percorsi:

DATA	LOCALITÀ DI PARTENZA	LOCALITÀ DI ARRIVO	MOTIVO	KM PERCORSI

Data _____

Firma del Medico Medicina dei Servizi

_____

Firma e timbro del Responsabile di Struttura

_____

(*) Il rimborso ammonta a 1/5 del costo della benzina per Km percorso.

TPX 5127