

Al Direttore
SOC Pediatri di famiglia e Specialistica ambulatoriale
Via di San Salvi 12 - Villa Fabbri FIRENZE

Oggetto: **USO DEL MEZZO PROPRIO DI TRASPORTO PER RICORRENTI MOTIVI DI SERVIZIO.
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE.**

Il/La sottoscritto/a _____ (cod.reg. n. _____)
titolare d'incarico a tempo determinato/indeterminato quale medico specialista ambulatoriale convenzionato, per n. _____
ore settimanali nella branca _____
sede di servizio _____ tel. _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio di trasporto per motivi di servizio ai sensi dell'art.32 comma 9 – dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato-Regioni del vigente e, a tal fine,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace:

- 1) che farà uso dell'autovettura tipo _____ targata _____;
- 2) di essere regolarmente abilitato alla guida di autoveicoli secondo le norme vigenti;
- 3) che tale autovettura è:
 - tuttora di sua esclusiva proprietà;
 - di proprietà di familiare convivente e ne ha la piena e legittima disponibilità;
 - di proprietà di familiare non convivente*
(in questo ultimo caso allega dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà compilato e sottoscritto dal legittimo proprietario dell'autovettura utilizzata per motivi indicati in oggetto);
- 4) che tale autovettura è coperta da assicurazione per la responsabilità civile verso terzi come prescritto dalla legge;
- 5) di impegnarsi a comunicare all'Amministrazione, prima di farne uso, l'utilizzo di una diversa autovettura rispetto a quella di cui al precedente punto 1) fornendone i relativi dati identificativi;
- 6) di avere l'abituale dimora in _____
- 7) di assicurare che l'eventuale trasporto di terzi sull'automezzo di proprietà verrà effettuato esclusivamente e tassativamente previa richiesta scritta da parte del Responsabile ove il sottoscritto presta servizio;
- 8) che i motivi di servizio che sostengono la presente richiesta sono quelli forniti dal competente Dirigente responsabile con la relazione di cui al retro della presente.

Data _____

In fede _____

*solo nel caso in cui trattasi dell'unica autovettura a disposizione del dipendente.

Il/La sottoscritto/a _____ nella qualità di

Responsabile del Poliambulatorio _____

al/alla quale è assegnato/a il medico specialista convenzionato _____
in riferimento alla richiesta che precede a fronte

ATTESTA

- 1) che per il medico specialista ambulatoriale _____ è assolutamente indispensabile, per reali esigenze di servizio, che lo/la stesso/a possa agevolmente spostarsi dalla sede di servizio in altre sedi o strutture dell'Azienda U.S.L. Toscana centro nonché presso terzi, pubblici e/o privati, per ragioni di servizio di seguito analiticamente elencate:

- 2) che pertanto è interesse dell'Amministrazione che il medico specialista convenzionato stesso/a sia autorizzato/a all'uso del mezzo proprio di trasporto per gli spostamenti predetti, sotto il duplice aspetto del minore tempo occorrente e del maggiore vantaggio conseguibile nell'espletamento dei compiti affidatigli come sopra descritto in considerazione:

- a) della accertata indisponibilità di un idoneo mezzo di trasporto di proprietà della Azienda per tali ricorrenti necessità;
- b) della accertata inconciliabilità con le summenzionate esigenze degli orari, degli itinerari e dei tempi di percorrenza dei mezzi pubblici di trasporto utilizzabili in alternativa.

Il/La sottoscritto/a, pienamente a conoscenza delle vigenti disposizioni di legge in materia, si fa carico di sottoscrivere mensilmente l'apposita nota dei servizi effettuati dall'interessato/a e trasmetterla al competente Ufficio Assenze e Presenze di codesta Struttura.

_____, il _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(da compilare da parte del proprietario dell'autovettura non convivente con lo/la specialista ambulatoriale convenzionato/a che fa richiesta dell'autorizzazione all'uso del mezzo proprio)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445 DEL 28.12.2000 il seguente stato personale:

l'autovettura tipo _____ con targa _____,

a me intestata come proprietario/a, si trova in stato di piena disponibilità d'uso a

beneficio del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____

specialista convenzionato con l'Azienda U.S.L. Toscana centro.

Dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____