

RIMBORSI SPESE ATTIVITA' DI EMERGENZA URGENZA ELISOCCORSO

AZIENDA:

PEC

MAIL * _____

TELEFONO * _____

TRIMESTRE _____

, con sede legale in _____, in atto rappresentata dal Dott. _____

Dichiara

- che le prestazioni sono state rese al di fuori del normale orario di servizio, con salvaguardia delle esigenze e dei volumi orari previsti per l'attività istituzionale di competenza e con criteri di rotazione tali da rispettare le normative vigenti in materia di orario di lavoro;
- che i referenti sanitari dell'AREUS non hanno segnalato carenze conoscitive, operative, o comportamentali sulla regolarità del servizio e pertanto il personale impegnato ha rispettato le disposizioni e istruzioni operative dell'AREUS;
- che, alla data odierna, l'AREUS non ha comunicato eventuali responsabilità o comportamenti, che si discostino alle direttive impartite riferibili al singolo professionista impegnato nelle attività di elisoccorso;
- che l'AREUS non ha segnalato comportamenti del personale passibili di provvedimenti sanzionabili dal punto di vista disciplinare;

Si chiede

Il rimborso delle spese sostenute dall'Azienda nei mesi indicati per complessivi € _____, di cui € _____ per compenso ed € _____ per rimborso chilometrico, specificati nei tabulati mensili riepilogativi, € _____ per IRAP, e € _____ per oneri previdenziali, da pagare con girofondi in Banca d'Italia al conto di contabilità speciale n. _____.

Firma e Timbro
Responsabile Risorse Umane

Luogo/Data _____

*Devono essere indicati l'indirizzo e-mail e il numero di telefono ai fini della richiesta di rimborso