



COMUNE DI SAN BONIFACIO

PROVINCIA DI VERONA

Codice Fiscale 00220240238 TEL. 045/6132611 - FAX 045/6101401

P.ZZA COSTITUZIONE 4 - 37047 SAN BONIFACIO

AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE

Il Sig. _____ in qualità di Assessore / Consigliere Comunale

È AUTORIZZATO A RECARSI

A _____ per _____

_____ (allega Invito / Convocazione / Delega)
il giorno _____ ora di partenza _____ con mezzo dell'Amministrazione / con mezzo proprio / altro.

San Bonifacio, _____

IL SINDACO / IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO

=====

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto/a _____ Assessore / Consigliere Comunale in carica, preso atto della sopra riportata autorizzazione, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:

Distanza dal Comune di San Bonifacio alla località della missione km. _____

Modalità di viaggio:

- automezzo del Comune _____
- Accertata la non disponibilità di alcuna autovettura di proprietà dell'Ente **utilizzerà i mezzi pubblici** di seguito indicati:
 - ferrovia più autobus trasporto urbano
 - autopullman di linea più autobus trasporto urbano
- Accertata l'impossibilità / non convenienza all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico per le seguenti motivazioni: missione in località non servita da mezzi pubblici o servita con orari incompatibili **chiede** l'autorizzazione per utilizzare l'automezzo proprio accertate le seguenti motivazioni:
 - missione in località direttamente raggiungibile dal proprio domicilio, con minore spesa



COMUNE DI SAN BONIFACIO

PROVINCIA DI VERONA

Codice Fiscale 00220240238 TEL. 045/6132611 - FAX 045/6101401

P.ZZA COSTITUZIONE 4 - 37047 SAN BONIFACIO

- o missione in località raggiungibile con minore spesa rispetto all'uso di altri mezzi, per consentire il rientro in sede senza pernottamento

Durata della missione:

data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____

Finalità della missione: _____

San Bonifacio, _____

L'ASSESSORE / IL CONSIGLIERE COMUNALE

=====

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

DISTINTA SPESE : VIAGGIO / SOGGIORNO SOSTENUTE

- RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO – MEZZI PUBBLICI :

Viaggio in ferrovia / autobus / aereo (come da biglietti allegati):

Da _____ a _____ € _____

Da _____ a _____ € _____

Da _____ a _____ € _____

- RIMBORSO SPESE AUTOMEZZI PRIVATI RAPPORATE AL COSTO DEI BIGLIETTI DEL MEZZO PUBBLICO:

Da _____ a _____ km _____ x € _____ 1/5 = € _____

Da _____ a _____ km _____ x € _____ 1/5 = € _____

- ALTRI RIMBORSI (COME DA PEZZE GIUSTIFICATIVE ALLEGATE):



COMUNE DI SAN BONIFACIO

PROVINCIA DI VERONA

Codice Fiscale 00220240238 TEL. 045/6132611 - FAX 045/6101401

P.ZZA COSTITUZIONE 4 - 37047 SAN BONIFACIO

€ _____

€ _____

CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELLA INDENNITA' DI MISSIONE SE ED IN QUANTO SPETTANTE.

Il sottoscritto/a _____ Assessore / Consigliere Comunale in carica, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, informato/a della raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiara di essere consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del DPR 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 DPR 28/12/2000, n. 445).

San Bonifacio, _____

L'ASSESSORE / IL CONSIGLIERE COMUNALE
