RIEPILOGO CHILOMETRI
(ai sensi dell'art. 32 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

Il/la sottoscritto/a dr. _____

specialista ambulatoriale interno / professionista in servizio presso _____

dichiara di aver utilizzato il proprio automezzo per svolgere attività di servizio, nel mese di _____, secondo lo schema seguente:

GIORNO	LUOGO DELLA PRESTAZIONE	KM PERCORSI
	TOTALE CHILOMETRI PERCORSI:	

Luogo, data _____

_____
(firma dello specialista / professionista)

Per convalida: IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI STRUTTTURA

_____
(*timbro e firma*)

Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via email a protocollo@aulss2.veneto.it