



Alla S.C. Affari Legali e Assicurazioni  
 kasko@asugi.sanita.fvg.it

**OGGETTO: Utilizzo per servizio dell'autovettura privata. Comunicazione VARIAZIONI/CESSAZIONE**

Con la presente si comunicano le seguenti variazioni relative al/alla:

- Dipendente    Medico Specialista ambulatoriale convenzionato    Psicologo, biologo ambulatoriale convenzionato
- Medico convenzionato presso il servizio di continuità assistenziale    Altro

Cognome   Nome .....in servizio presso la  
 Struttura/Ufficio/Servizio.....Tel.....  
 Sede..... (Osp. Catt. Osp. Magg. Distretto ,Via, ecc.)

**A) SOSTITUZIONE DI AUTOVETTURA - SI CONFERMA L' AUTORIZZAZIONE**

L'autovettura già autorizzata:  
 TIPO.....TARGA.....  
 VIENE SOSTITUITA con l'autovettura: TIPO..... TARGA.....  
 di proprietà del dipendente/convenzionato interessato  
 di proprietà del **familiare convivente** (indicare cognome e nome).....  
**N.B. SI ALLEGA COPIA INTEGRALE DEL LIBRETTO DI CIRCOLAZIONE**  
 DATA della variazione: .....

**B) CAMBIO DI RESIDENZA/ INDIRIZZO - SI CONFERMA L' AUTORIZZAZIONE**

NUOVA residenza (citta'):.....via .....

DATA della variazione: .....

**C) CAMBIO SEDE DI LAVORO. - L' AUTORIZZAZIONE DEVE INTENDERSI REVOCATA DI FATTO E DOVRA' ESSERE RICHIESTA AL RESPONSABILE DELLA NUOVA STRUTTURA UTILIZZANDO L' APPOSITO MOD. A**

NUOVA sede di lavoro presso la STRUTTURA .....

DATA della variazione: .....

**D) REVOCA AUTORIZZAZIONE**

DAL ..... **NON è più autorizzato/a** a utilizzare per adempimenti di servizio l'autovettura:  
 TIPO .....TARGA .....

NOTE: .....

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy.

Data .....

Il/La Responsabile .....