



Alla S.C. Affari Generali Legali e Assicurazioni
Via Farneto 3 - Trieste

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

Cognome Nomein 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:
TIPOTARGA

NOTE:

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

Data Il/La Responsabile