ALLEGATO_2 Delibera N.0001508.11-11-2026

MODULO 1 – ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Da compilare a cura del Dirigente Medico e trasmettere via PEC o protocollo interno)

U.O.C. Risorse Umane
U.O.S. Trattamento Economico
PEC: *risorse.umane@pec.asptrapani.it*

OGGETTO: Istanza di erogazione dell'Indennizzo Forfettario Straordinario Anno 2026 (ex art. 5 L.R. n. 1/2025 - D.A. n. 828/2026).

Il/La sottoscritto/a _____ Matr. _____

Codice Fiscale: _____

In servizio presso l'U.O. _____

Ubicata in Via _____ Comune_____ (____)

Recapito Telefonico: _____ PEC: _____

vista la notifica aziendale di inclusione negli elenchi degli aventi diritto al beneficio in oggetto,

CHIEDE

la liquidazione dell'indennizzo straordinario a titolo di rimborso forfettario per le spese sostenute nel periodo dal ___/___/2026 al ___/___/2026 per:

[ ] **A) Spese di Alloggio** [ ] **B) Spese di Trasporto**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere residente in_____

Comune _____ Prov. (____)

(se diverso) Domiciliato in _____

Comune _____ Prov. (____)

Spese di Trasporto (se selezionata la voce B):

- [ ] **Tratte Terrestri con mezzo pubblico:** Di aver utilizzato mezzi di trasporto pubblico di linea (Treno / Bus / Navetta) come da titoli di viaggio/abbonamenti allegati.
- [ ] **Tratte Terrestri con mezzo proprio / privo di titoli:** Di aver utilizzato il mezzo proprio per lo svolgimento del tragitto casa-lavoro e di richiedere la quantificazione dell'indennizzo d'ufficio in base alla tariffa pubblica per la tratta ordinaria più breve.

- [ ] **Tratte Aeree o Marittime (es. Pantelleria / Fuori Regione):** Di aver sostenuto spese per trasporto marittimo/aereo per le quali si allegano obbligatoriamente i relativi titoli di viaggio, carte d'imbarco o ricevute fiscali.

Dichiara, altresì

- [ ] **Di NON aver percepito e di NON richiedere** ulteriori rimborsi spesa, contributi, borse o indennità a qualsiasi titolo per le medesime causali e per i medesimi periodi da parte di altri enti pubblici o soggetti terzi (es. Università per medici in formazione specialistica, ecc.).

- [ ] **Di aver percepito o di aver richiesto/richiedere** ulteriori rimborsi spesa, contributi, borse o indennità per le medesime causali e per i medesimi periodi da parte di altri enti pubblici o soggetti terzi (es. Università per medici in formazione specialistica, ecc.).

- Che le spese di alloggio e/o trasporto di che trattasi sono state sostenute personalmente ed esclusivamente per esigenze legate allo svolgimento del servizio presso la sede aziendale di assegnazione.

Informativa Privacy: Il/La sottoscritto/a autorizza l'ASP di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per le finalità legate alla presente procedura.

ALLEGATI OBBLIGATORI

[ ] **Fotocopia del documento d'identità** in corso di validità.

[ ] **Modulo 2:** Attestazione di servizio del Responsabile di Struttura.

[ ] **Spese di Alloggio (Voce A):** Contratto di locazione registrato con ricevute/bonifici di pagamento del canone, ovvero fatture/ricevute fiscali di strutture alberghiere/ricettive.

[ ] **Spese per Trasporto Terrestre (Voce B)**: Titoli di viaggio / abbonamenti in originale o copia conforme (se disponibili) - **(Voce B)**.

[ ] **Spese per Trasporto Aereo/Marittimo (Voce B):** Titoli di viaggio, carte d'imbarco o ricevute fiscali (obbligatori per tratte aeree o navali).

____/____/202___

Firma del Medico per esteso

_____