



REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Benevento1

DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1

DIREZIONE

Dir. Resp. Dr. Tommaso Iannotti

Via Perasso, 14 - BENEVENTO

tel. 0824/355301 - fax 0824/316732

distrettosanitario.b1@aslbenevento1.it

direzione.distrettobn1@pec.aslbenevento.it

Prot. n. 31206 del 01/03/2017

AL DIRIG. MEDICO
Dr. G. A. VENTUCCI
UOC ASSISTENZA SANITARIA

Oggetto Riscontro mail del 14/02/2017

In riferimento alla Vs comunicazione mail del 14/02/2017, con la quale si chiede di conoscere la disponibilità di un'auto di servizio per l'attività di visite domiciliari degli Specialisti Ambulatoriali, si rappresenta che questo Distretto ha in dotazione n. 3 autoveicoli, di cui n. 1 (Fiat Panda) assegnato al SERT, n. 1 (Fiat Fiorino) assegnato al Servizio Sanità Penitenziaria - Casa Circondariale di Benevento, e n. 1 (Fiat Palio) assegnata alla UOC Assistenza Anziani per l'attività di prelievi ematici domiciliari.

Nel precisare che non vi è, in organico distrettuale, alcun dipendente con la qualifica di "Autista", si rappresenta che l'autovettura Fiat Palio potrebbe essere condotta dagli Specialisti Ambulatoriali nelle seguenti fasce orarie:

- Tutti i giorni lavorativi dalle ore 11:00 alle ore 14:00
- Il lunedì e il giovedì anche dalle ore 14:30 alle ore 17:30

Ad ogni buon fine, si allega, alla presente il modulo autorizzativo da utilizzarsi nel caso di utilizzo, da parte dei Sanitari, del veicolo di proprietà.

Sig. Lucibello
Cajè & D. Averano
D. Pizzoloni
Sig. P. Pizzolo

IL DIRETTORE RESPONSABILE DSBN1
(Dr. Tommaso Iannotti)



REGIONE CAMPANIA

Azienda Sanitaria Locale Benevento

DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1

AUTORIZZAZIONE A PARTIRE

Si dispone che il Sig. _____
qualifica _____ si rechi il _____
a _____ presso _____

sito in via/fraz. o località _____
per il seguente motivo _____
facendo uso del mezzo _____

**IL RESPONSABILE U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**

**IL DIRETTORE RESPONSABILE
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto _____
autorizzato ad effettuare la missione il giorno _____ avvalendosi del
proprio mezzo targato: _____ DIESEL BENZINA GAS
come previsto dall'art. 15 della Legge 18/12/1973 n° 836, solleva l'Amministrazione
da qualsiasi responsabilità per tutto quanto non previsto dalla eventuale copertura
assicurativa stipulata da parte dell'Azienda Sanitaria Locale.

Benevento, li _____ Firma _____

VISTO PARTIRE

Visto partire da _____ alle ore _____

**IL RESPONSABILE U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**

**IL DIRETTORE RESPONSABILE
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**

VISTO RIENTRARE

Visto rientrare a _____ alle ore _____

**IL RESPONSABILE U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**

**IL DIRETTORE RESPONSABILE
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO 1**