



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
AGRIGENTO**

Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

All' U.O.C. Servizio Tecnico  
Fax. N. 0922.407309  
e-mail: autoparco@aspag.it

**SEDE**

**REPORT TRIMESTRALE**

Art. 3 sesto capoverso Regolamento Disciplinante la modalità di gestione uso e manutenzione degli automezzi dell' A.S.P. approvato con delibera n. 317/2014.

A seguito dalla verifica attuata si attesta quanto segue:

Unità Operativa Assegnataria: \_\_\_\_\_

Automezzo targato: \_\_\_\_\_

Automezzo marca: \_\_\_\_\_

Automezzo modello: \_\_\_\_\_

Titolo di Possesso:

- Proprietà
- Noleggio

( barrare la voce interessata)

Periodo trimestrale di riferimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Chilometri percorsi dall' automezzo nel suddetto periodo:

\_\_\_\_\_

Numero di giorni di utilizzo dell' automezzo nel suddetto periodo:

\_\_\_\_\_

Numero di giorni di utilizzo settimanale (media):

\_\_\_\_\_

Numero di rifornimenti di carburante effettuati nel periodo di riferimento:

\_\_\_\_\_

Numero di litri di carburante acquistati nel periodo di riferimento:

\_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_