

## **RICHIESTA RIMBORSO SPESE - MISSIONI**

**Il modulo deve essere letto attentamente e compilato in tutte le sue parti. Si prega di scrivere in stampatello chiaro e leggibile. I moduli incompleti, recanti dati errati o illeggibili, verranno respinti.**

## Cognome

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

## Codice Fiscale (16 caratteri)

**Residenza (Via e numero civico)**

\_\_\_\_\_

## Residenza (Cap - Città)

\_\_\_\_\_

## Recapiti telefonici

\_\_\_\_\_

Mail

\_\_\_\_\_

## Qualifica/Rapporto con l'Ente

## Sede di servizio

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

## Missioni presso (*Istituto, Ente, ecc.*)

[View Details](#)

## Missione indirizzo

## Motivazione del rimborso spese

(*nome conferenza, evento, commissione esame, mobilità Erasmus...*)

## Luogo di partenza

## Luogo di rientro

Data di partenza

## Ora di partenza

Data rientro

Ora rientro

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov).

**Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità istituzionali.**

E' necessario allegare alla presente la copia della lettera di convocazione, se in proprio possesso.

Il rimborso della spesa avverrà esclusivamente dietro presentazione delle ricevute/fatture fiscali (in originale, nominative e dettagliate) e dei documenti di viaggio obliterati (in originale) delle spese sostenute, nei modi e nelle misure previste dalla normativa vigente.

Tutta la documentazione delle spese sostenute, completa e numerata, dovrà essere indicata nell'elenco sottostante:

L'uso del mezzo proprio non comporta alcun rimborso.

Si invita a trasmettere entro, e non oltre 30 giorni dalla fine della missione i documenti giustificativi delle spese effettuate. I documenti pervenuti oltre il termine non potranno essere presi in considerazione.

Il sottoscritto dichiara che, in relazione alla presente missione, non ha ricevuto nessun altro rimborso né da questa Amministrazione né da altro Ente.

**Si prega di compilare correttamente i dati bancari, con particolare attenzione all'IBAN che deve essere di 27 caratteri. I moduli incompleti, recanti dati errati o illeggibili, verranno respinti.**

**Si precisa che il conto corrente bancario o postale indicato deve essere intestato o cointestato al nominativo richiedente.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza,

Il Direttore