



CENTRO NEUROLESI BONINO PULEJO

IRCCS MESSINA

Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico



Certificato n. 10271

RICHIESTA RIMBORSO SPESE TRASFERTA/MISSIONI

Il /la sottoscritto/a _____
Come da provvedimento di autorizzazione, dichiara sotto la propria responsabilità:
di avere effettuato la trasferta/missione avente ad oggetto: _____
da (indicare se sede di servizio, residenza o dimora abituale o altro) _____
con destinazione: _____
con inizio il giorno _____ alle ore _____
e rientro il giorno _____ alle ore _____
di non avere/avere usufruito di anticipazione per Euro _____
che tutte le spese sotto descritte sono esclusivamente riferite alla missione effettuata.
Premesso quanto sopra

CHIEDE

il rimborso delle seguenti spese sostenute:

NOTA DELLE SPESE SOSTENUTE:

- **Spese di viaggio:**

- | | |
|---|------------|
| 1. Treno | Euro _____ |
| 2. Nave | Euro _____ |
| 3. Aereo | Euro _____ |
| 4. Pullman di linea | Euro _____ |
| 5. Mezzi di trasporto pubblico urbano | Euro _____ |
| 6. Taxi (specificare itinerari) | Euro _____ |
| 7. Mezzo noleggiato (specificare tipo e targa) | Euro _____ |
| 8. Mezzo proprio o nella propria disponibilità
(specificare tipo, targa), | |
| 8.1 Indennità chilometrica | Euro _____ |
| 8.2 Indennizzo (se non dovuta indennità chilometrica e pari al ristoro del costo che il richiedente avrebbe
sostenuto ove fosse ricorso ai mezzi di trasporto pubblico.) | Euro _____ |
| 9. Pedaggi autostradali | Euro _____ |
| 10. Ticket d'ingresso in zone a traffico limitato | Euro _____ |
| 11 Altre spese (specificare) | Euro _____ |

Totale spese viaggio Euro _____

- **Spese di vitto**

n. _____ pasti _____

Euro _____

- **Spese di alloggio:**

n. _____ pernottamenti _____

Euro _____

- Altre spese (*specificare*)

Euro _____

Totale da liquidare

Euro _____

Si allega documentazione originale delle spese sostenute (*specificare la tipologia di documentazione*) _____

IL RICHIEDENTE
