



Ordine

dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Trapani

NOTA PER RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO

NOME E COGNOME		CARICA		
DESTINAZIONE	MOTIVAZIONE	DELIB./CONVOCAZ	PARTENZA	RIENTRO
OGGETTO DEL RIMBORSO		GIUSTIFICATIVI ALLEGATI		IMPORTO
<input type="checkbox"/> Aereo				
<input type="checkbox"/> Treno				
<input type="checkbox"/> Taxi				
<input type="checkbox"/> Mezzi pubblici				
<input type="checkbox"/> Parcheggio				
<input type="checkbox"/> Albergo				
<input type="checkbox"/> Ristorante				
<input type="checkbox"/> Altro _____				
<input type="checkbox"/> Mezzo proprio (allegare tabella rimborsi chilometrici)				
Modello:	Itinerario	Km	€/km	
			TOTALE SPESE	€ -

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che le spese sopra descritte sono state dallo/a stesso/a effettivamente sostenute e che si sono rese necessarie per lo svolgimento dell'incarico, missione e/o trasferta, in relazione alle particolari condizioni ambientali delle località in cui il viaggio è stato effettuato.

Coord. bancare per il rimborso - IBAN	Intestatario del Conto Corrente
DATA	FIRMA DELL'INTERESSATO
IL PRESIDENTE	IL SEGRETARIO
	IL TESORIERE