



ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE

PROVINCIA DI PALERMO

NOTA SPESE

NOMINATIVO

CARICA

DESTINAZIONE

SCOPO DEL VIAGGIO

DATA PARTENZA

DATA RIENTRO

OGGETTO DEL RIMBORSO

NUMERO ALLEGATI GIUSTIFICATIVI

SPESA SOSTENUTA

Aereo

€

Treno

€

Taxi

€

Mezzi pubblici

€

Pedaggio autostradale

€

Albergo

€

Ristorante

€

Mezzo proprio

(ALLEGARE TABELLA RIMBORSI CHILOMETRICI)

€

€

TOTALE N° ALLEGATI _____

TOTALE SPESE SOSTENUTE

€ _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che le spese sopra descritte sono state dallo 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.

COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO

IBAN BANCARIO

CONTO INTESTATO A:

DATA RICHIESTA

RIFERIMENTO RICHIESTA

FIRMA DELL'INTERESSATO

FIRMA PRESIDENTE CdA

IL TESORIERE

IL PRESIDENTE