



Richiesta rimborso indennità di missione

Il sottoscritto _____ residente a _____
dipendente di codesta amm.ne con la qualifica di _____
in servizio presso: 1° sede _____ 2° sede _____

CHIEDE

la liquidazione per missioni compiute nel mese di _____ anno _____ autorizzate con
nota n° _____ del _____

DICHIARA

<input type="checkbox"/> ORE TRASFERTA RIDOTTA	n°	_____
<input type="checkbox"/> ORE TRASFERTA INTERA	n°	_____
<input type="checkbox"/> KM PERCORSI CON MEZZO PROPRIO (indisponibilità auto aziendale)	n°	_____
<input type="checkbox"/> BIGLIETTO AEREO + MAGG. 5%	€	_____
<input type="checkbox"/> BIGLIETTO FFSS + MAGG. 10%	€	_____
<input type="checkbox"/> BIGLIETTO SENZA MAGGIORAZIONE	€	_____
<input type="checkbox"/> POSTO LETTO/CUCCHETTA/SUPPLEMENTO	€	_____
<input type="checkbox"/> PEDAGGI AUTOSTRADALI/TAXI	€	_____
<input type="checkbox"/> PASTI	€	_____
<input type="checkbox"/> PERNOTTAMENTO ALBERGO	€	_____
<input type="checkbox"/> VARIE	€	_____
<input type="checkbox"/> RECUPERO PER ANTICIPAZIONI SPESE	€	_____

Allegati:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Biglietti per spese di viaggio; | <input type="checkbox"/> Ricevute fiscali o fatture per spese di vitto; |
| <input type="checkbox"/> Ricevute fiscali o fatture per spese di pernott.; | <input type="checkbox"/> Varie _____ |

IL DIPENDENTE

li _____

Visto: IL RESPONSABILE DI U.O./SERVIZIO

Mod MIS 2 ante