



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

Richiesta rimborso spese di missione n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di aver eseguito la missione da _____

a _____

dal ___ / ___ / _____ ore _____

al ___ / ___ / _____ ore _____

Motivo della Missione

- Che la missione è stata svolta in luogo diverso dalla abituale dimora
- Di non aver in atto congedi ai sensi dell'art. 17 Legge 382/80
- Di aver usufruito di alloggio o di vitto a titolo gratuito sì no

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute *, di cui produce **in originale** la documentazione

Allega : Autorizzazione del ___ / ___ / _____

<input type="checkbox"/> Biglietti di viaggio	Totale € _____
<input type="checkbox"/> Biglietti mezzi pubblici urbani	Totale € _____
<input type="checkbox"/> Fattura albergo	Totale € _____
<input type="checkbox"/> Fattura/scontrino pasti	Totale € _____
<input type="checkbox"/> Iscrizione congresso	Totale € _____
<input type="checkbox"/> Varie (_____)	Totale € _____
Totale spese € _____	

Novara, li _____

Firma

Il Responsabile del Fondo
Prof.

* Nei limiti giornalieri indicati nel Regolamento Decreto Rettoriale n. 354/2017