



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

Novara, lì \_\_\_\_\_

Firma

Il Responsabile del Fondo  
Prof.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Nei limiti giornalieri indicati nel Regolamento Decreto Rettorale n. 131/2015