



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	
<input type="checkbox"/> Aereo			€
<input type="checkbox"/> Treno			€
<input type="checkbox"/> Taxi			€
<input type="checkbox"/> Mezzi pubblici			€
<input type="checkbox"/> Pedaggio autostradale			€
<input type="checkbox"/> Albergo			€
<input type="checkbox"/> Ristorante			€
<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	(ALLEGARE TABELLA RIMBORSI CHILOMETRICI)		€
<input type="checkbox"/> _____			€
	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