SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

RICHIESTA SINGOLA RIMBORSO SPESE

- AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA USL DI FERRARA

OGGETTO: trattamento economico di trasferta e rimborso spese.

Il sottoscritto_____ matricola n. _____

Cat. _____Qualifica _____

Domicilio _____

effettuata la trasferta, come da autorizzazione del responsabile del Servizio

con **partenza**:

da: _____ per: _____

il giorno: _____ alle ore: _____

e **rientro**:

il giorno: _____ alle ore: _____

per complessivi giorni _____ ore_____

CHIEDE

il pagamento dell'indennità di missione, nonché il rimborso delle seguenti spese sostenute:

- ❑ Chilometri percorsi con mezzo proprio: - Andata km _____
  - Ritorno km _____
- ❑ Biglietto FF.SS. Aereo Corriera € _____
- ❑ Supplemento Rapido e Prenotazione Obbligatoria € _____
- ❑ Posto letto o cuccetta € _____
- ❑ Pedaggio autostradale € _____
- ❑ Pernottamento n._____ notti € _____
- ❑ Rimborso vitto n. _____ pasti € _____

TOTALE € _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto ACCONTO (cod. 580) nella misura del 75%

nel mese di _____ per € _____

IL RICHIEDENTE

_____

N.B. Si allega documentazione in originale