



Ordine
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Palermo

**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	
Aereo		€	
Treno		€	
Taxi		€	
Mezzi pubblici		€	
Pedaggio autostradale		€	
Albergo		€	
Ristorante		€	
Mezzo proprio	(ALLEGARE TABELLA RIMBORSI CHILOMETRICI)	€	
Altro _____			
	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