DOMANDA DI RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Il\_ sottoscritt\_ …………………………..………………...….. residente a …………………..…………… prov. ……………… in via ……………………………………………………………….…... codice fiscale ………………………….……….…………….. in servizio presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco in qualità di …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dichiara sotto la propria responsabilità:

di aver eseguito la missione da Novara a …………………………………….……………………... Prov…………………..

**dal ……………………….. alle ore ……………….……… al …………..……………………… alle ore ……………………….**

scopo ..……………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

* 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

Allega : **🞎** Autorizzazione del …………….

 **🞎** Biglietti di viaggio originali **totale € ………..……….**

**🞎** pedaggi/parcheggio (originali) **totale € ………………...**

**🞎** Fattura albergo **totale € ………………...**

 **🞎** Fattura/scontrino pasti **totale € ……………..….**

 **🞎** Iscrizione congresso **totale € ……………..….**

 **🞎** Varie……………… **totale € ………………...**

 **Totale spese € …………………**

Novara, ………………

 Firma

 …………………………