



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 ____ / ____ / _____

☐ Biglietti di viaggio	Totale € _____
☐ Biglietti mezzi pubblici urbani	Totale € _____
☐ Fattura albergo	Totale € _____
☐ Fattura/scontrino pasti	Totale € _____
☐ Iscrizione congresso	Totale € _____
☐ Varie (_____)	Totale € _____
Totale spese € _____	

Novara, li _____

Firma

Il Responsabile del Fondo
Prof.

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