



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

## ***Richiesta rimborso spese per intervento seminariale n. \_\_\_\_\_***

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DI AVER ESEGUITO LA MISSIONE DA \_\_\_\_\_

A NOVARA - DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Biglietti di viaggio	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Biglietti mezzi pubblici urbani	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Pedaggi/parcheggio	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Fattura albergo	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Fattura/scontrino pasti	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Iscrizione congresso	<b>Totale €</b> _____
<input type="checkbox"/> Varie ( _____ )	<b>Totale €</b> _____
<b>Totale spese €</b> _____	

Novara, lì \_\_\_\_\_

Firma

Il Responsabile del Fondo  
Prof.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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