



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

Richiesta rimborso spese per intervento seminariale

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

Novara, lì _____

Firma

Il Responsabile del Fondo
Prof.

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