



RIMBORSI SPESE DI TRASFERTA

Codice
M05 P06

Revisione 00

Il/la Sottoscritto/a _____ si è recato il giorno _____
presso _____ con il seguente orario:

Viaggio andata	Orario lavoro mattina	Pausa pranzo	Orario lavoro pomeriggio/sera	Pausa cena	Viaggio ritorno
Partenza Ore _____ Arrivo Ore _____	Inizio Ore _____ Termine Ore _____	<input type="checkbox"/> Usufruito di vitto <input type="checkbox"/> Non usufruito di vitto Dalle _____ alle _____	Inizio Ore _____ Termine Ore _____	<input type="checkbox"/> Usufruito di vitto <input type="checkbox"/> Non usufruito di vitto Dalle _____ alle _____	Partenza Ore _____ Arrivo Ore _____

1 RIMBORSO SPESE VIAGGIO/FERROVIA O ALTRI SERVIZI DI LINEA(allegare documentazione)

Da _____ a _____ € _____
Da _____ a _____ € _____
Da _____ a _____ € _____
Da _____ a _____ € _____

Rimborso taxi e mezzi di trasporto urbano (ricevute n. _____) € _____

TOTALE € _____

2 INDENNITA' CHILOMETRICA E RIMBORSO SPESE PER VIAGGI

Indennità chilometrica (rimborso km. 1/5 pr. benzina verde)

€ al litro _____ 1/5 _____ per Km. _____ € _____
€ al litro _____ 1/5 _____ per Km. _____ € _____
€ al litro _____ 1/5 _____ per Km. _____ € _____
€ al litro _____ 1/5 _____ per Km. _____ € _____

Rimborso spese parcheggio, custodia auto ricevute n. _____ € _____

Rimborso pedaggi autostradali come da n. _____ ricevute allegate € _____

TOTALE € _____

3 RIMBORSO PASTI E PERNOTTAMENTI

(come da n. _____ fatture allegate per pasti) € _____

(come da n. _____ ricevute allegate per pasti) € _____

(come da n. _____ fatture allegate per pernottamenti) € _____

TOTALE € _____

TOTALE COMPLESSIVO (1+2+3) € _____

IMPORTO ANTICIPATO € _____

DIFFERENZA DA DARE/AVERE € _____

Luogo e data _____

Firma del dipendente _____

Visto Uff. amministrazione del personale _____

Visto il Dirigente Area Amministrazione/Dirigente A.O.T. competente (*) _____

(*) il visto deve essere apposto prima del pagamento