



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE PER SOGGETTI ESTERNI  
DA ALLEGARE ALLA NOTULA**

(In ottemperanza alla L. 122/2010, con particolare riferimento all'art. 6 e alla DGRT n. 574/2010)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede con la presente il rimborso delle  
spese sostenute per la partecipazione in qualità di \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ tenutosi a Firenze dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

A tal fine allega la seguente **documentazione in originale** (ai sensi della normativa vigente sono rimborsabili solo le voci sotto elencate):

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Biglietteria ferroviaria                       | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Biglietteria aerea                             | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Biglietteria bus, tram, ecc.                   | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pedaggio autostradale                          | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Parcheggio                                     | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pernottamento con colazione (max. Euro 120,00) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pasti n. 1 (max. Euro 22,26 al giorno)         | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pasti n. 2 (max. Euro 44,52 al giorno)         | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                                    | € _____ |
| (vedi Regolamento)  |         |

**TOTALE spese previste** € \_\_\_\_\_

**NOTA: Non sono previsti il rimborso del taxi ed il rimborso chilometrico per l'uso del mezzo proprio.**

**VISTO DI CONGRUITÀ** (a cura del Responsabile del Supporto Amministrativo)

Data e firma leggibile \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO** (firma del dirigente Responsabile)

Data e firma leggibile \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che i miei dati anagrafici e bancari ai fini del rimborso sono i seguenti:

- **DATI ANAGRAFICI\***

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NUMERO PARTITA IVA \_\_\_\_\_



# ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica



- **DATI BANCARI\***

BANCA \_\_\_\_\_

AGENZIA N. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CODICE IBAN (27 caratteri) \_\_\_\_\_

\* per i dati riportati non correttamente e/o incompleti, l'Istituto non risponde per eventuali ritardi o disguidi nel rimborso.

Dichiaro infine che, consapevole che le dichiarazioni false e mendaci sono punite ai sensi del codice penale (DPR n. 445/2000), non è stata emessa notula in quanto non titolare di partita IVA e che non ricorrono i presupposti per la prestazione occasionale.

Data \_\_\_\_\_

(Firma leggibile)

\_\_\_\_\_