

MODULO RIMBORSO SPESE
TRASFERTE IN TERRITORIO NAZIONALE

CODICE PROGETTO: _____

Scopo trasferta: _____

Luogo: _____

Data e ora inizio trasferta: _____

Data e ora fine trasferta: _____

Aereo

Treno

Bus

Auto

Km

Alloggio

Vitto

Altro
(specificare)

Informazioni bancarie

Banca: _____

Indirizzo: _____

Codice IBAN _____

Informazioni personali

Nome e Cognome: _____ **Ente** _____

Indirizzo: _____ **Cap** _____

Codice Fiscale: _____ **Tel/Fax** _____

Email: _____

Data: _____ **Firma** _____

Visto il Responsabile (1)

Visto il Responsabile (1)

(1) Specificare se Responsabile di Progetto, Responsabile di Sede Regionale, di Servizio, Dirigente Amm.vo