

RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Chiabrera-Martini  
Savona

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria personale responsabilità di aver sostenuto le seguenti spese per la missione a: \_\_\_\_\_

dal giorno	al giorno	totale giorni	dalle ore	alle ore	totale ore

SPESE VIAGGI (allegare titoli di spesa in originale)

Ferrovia Totale €	Autobus Totale €	Mezzo proprio autorizzato Pedaggio autostradale	Totale Km	Totale €

SPESE SOGGIORNO/PASTI/ALTRE SPESE (allegare titoli di spesa in originale)

Pasti Totale €	Pernottamenti Totale €	Biglietti musei/mostre Totale €	Spese telefoniche per servizio Totale €

chiede il rimborso per le spese sostenute/eventuali indennità di missione

per un totale di € \_\_\_\_\_

INDICARE CODICE IBAN PER IL RIMBORSO: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_