Ordine interprovinciale
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
L'Aquila . Chieti . Pescara . Teramo

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 93023280667

MODULO TRASFERTA E RIMBORSO SPESE

DATI IDENTIFICATIVI

*Nome, Cognome:*_____*Ruolo*_____

Località di residenza / domicilio: _____

DATI MISSIONE

Data:_____***Località di svolgimento:*** _____

Tipologia:_____

Dichiaro di aver utilizzato ai fini della missione: ***Auto privata**** ☐ ***Mezzi pubblici*** ☐

Dichiaro di aver raggiunto la località della missione a bordo dell'auto di un altro partecipante.

☐

Il rimborso chilometrico, per l'uso dell'auto privata, sarà effettuato in base al coefficiente della rivista Quattroruote.

SPESE SOSTENUTE

Auto Marca_____Modello_____Anno_____

Cilindrata_____Alimentazione_____

Pedaggio Autostradale + Parcheggio _____

Pranzo/cena_____

Mezzi pubblici _____

Dati Bancari IBAN:

È indispensabile, ai fini del rimborso, allegare le ricevute relative alle spese menzionate o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003.

_____ _____

Luogo e data firma