

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Il/la sottoscritt_ _____ docente a tempo indeterminato/determinato

In missione a _____

Dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____

Per _____

Incarico prot. n. _____ del _____

Nel caso di un viaggio di più giorni indicare se il trattamento è:

☐ pensione completa ☐ ½ pensione ☐ solo pernottamento

SPESE DI VIAGGIO: Ferrovia o altri servizi di linea (allegare biglietti originali)

Da _____ a _____ € _____

Da _____ a _____ € _____

Da _____ a _____ € _____

ALTRE SPESE:

Rimborso pernottamenti (allegare fatture/ricevute fiscali) € _____

Pasti n. _____ (n. 1 pasto rimborsabile per missione dalle 8 alle 12 ORE)

(allegare fattura o ricevuta fiscale o scontrino parlante)

limite max per pasto è di **€ 22,26** € _____

Biglietti ingresso musei/mostre (allegare biglietti originali) € _____

I documenti di spesa, in originale, devono riportare data, firma e codice fiscale del richiedente

Data, _____

Firma _____

Controllo tabella

Firma Dsga _____