

<b>Istituto d'Istruzione Superiore "P.A. Fiocchi"</b> Via Belfiore n° 4 - 23900 LECCO - tel. 0341-363310 - fax.0341-286545 Sito web: www.istitutofiocchi.gov.it E-mail: info@istitutofiocchi.gov.it		
<b>MODULO</b>		MO 25.01
<b>COMUNICAZIONE</b>		Rev. 2 Data 01/09/10
		Pagina 1 di 1

## Tabella rimborso spese missione

Data: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ T.I.  T.D.  per la missione compiuta a \_\_\_\_\_  
per \_\_\_\_\_ con partenza dalla sede alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ e  
rientro \_\_\_\_\_  
in sede alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_  
dichiara di aver sostenuto le sottoelencate spese:

### A) SPESE DI VIAGGIO – Viaggi effettuati con mezzi di linea<sup>1</sup>

da: _____	a: _____ (in _ classe)	€ _____	
da: _____	a: _____ (in _ classe)	€ _____	
da: _____	a: _____	€ _____	
da: _____	a: _____	€ _____	
			€ _____

### B) SPESE PASTI E/O PERNOTTAMENTI<sup>2</sup>

nr. _____ pasto giorno _____	€ _____
nr. _____ pasto giorno _____	€ _____
nr. _____ pasto giorno _____	€ _____
nr. _____ pasto giorno _____	€ _____
nr. _____ pernottamento giorno _____	€ _____

Totale spese sostenute € \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_ dichiara di essere partit\_ e rientrat\_ in sede nei giorni e nelle ore suindicate.

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

### Visto:

si rimborsano le spese sostenute per un totale di € \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Claudio Lafranconi

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare i biglietti dei mezzi relativi

<sup>2</sup> Fino a un massimo di € 22,25 per un pasto ed € 44,26 per due pasti per missioni in Italia.

Per missioni all'estero si fa riferimento alla tabella prevista dalla normativa vigente.

Allegare fatture e/o scontrini fiscali.