

Mod.5

Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696



Richiesta di rimborso corso di aggiornamento obbligatorio da inviarsi a cura del dipendente con allegati gli originali

U.O.C. Gestione Attività
Attività Amministrative dei PP.OO.
c/o DIREZIONE GENERALE
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____
dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di _____
in servizio presso _____ tel _____ Matricola n° _____
Dipartimento di _____ P.O. di _____
Autorizzato a partecipare al corso, come da richiesta effettuata in data _____
delibera di autorizzazione n° _____ del _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute ed autorizzate per la partecipazione all'evento formativo denominato:

Organizzato da: _____
tenutosi a _____
nel/nei giorno/i _____

Alla presente si allega:

- Attestato di partecipazione
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, quota di partecipazione
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese soggiorno
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese viaggio**
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese viaggio**
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese viaggio**
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese viaggio**
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese vitto
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese vitto
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese vitto
- Fattura/ricevuta fiscale n° _____ del _____ di € _____, spese vitto

TOTALE SPESE DOCUMENTATE

€ _____

** il rimborso delle spese viaggio sarà effettuato in applicazione della Delibera n. 252 del 07/03/2013

Chieti _____

Firma dipendente