

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

Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione
Formazione Aziendale
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____
dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di _____
in servizio presso _____ tel _____ e-mail (obbligatoria) _____
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