

**RIMBORSO SPESE TRASFERTA  
DIPENDENTI**

Sig. \_\_\_\_\_ C.I.D. \_\_\_\_\_

Sede / Servizio \_\_\_\_\_ Centro di Costo \_\_\_\_\_

Per disposizione del Dirigente \_\_\_\_\_ Visto \_\_\_\_\_

Su Richiesta del Responsabile della Sede di \_\_\_\_\_ Visto \_\_\_\_\_

Si autorizza l'utilizzo dell'autovettura propria: SI  NO

**Il sottoscritto, autorizzato all'uso del mezzo proprio, dichiara di sollevare l'amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta circa l'uso di tale mezzo** \_\_\_\_\_

(L'interessato)

Causale	_____		
Partenza il	_____ ore	Ritorno il	_____ ore
Viaggio da	_____ a	_____	_____
Autovettura Aziendale/Propria	Tipo _____	Targa	_____

<b>Spese Trasporto:</b>			
- Autovettura propria : percorrenza	Km _____	ad € _____ =	€ _____
- Aereo (biglietto)	n° _____		€ _____
- Treno (biglietto)	n° _____		€ _____
- Taxi (ricevuta)	n° _____		€ _____
- Bus (biglietto)	n° _____		€ _____
- Parcheggio auto (ricevuta)	n° _____		€ _____
<b>Spese vitto e alloggio:</b>			
- Pasti: (ricevuta)	n° _____		€ _____
- Pernottamenti: (ricev./fatt.)	n° _____		€ _____
<b>Altre spese:</b>			
- .....			€ _____

<b>TOTALE RIMBORSI</b>	€ _____
------------------------	---------

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato)

Visto BF / Autorizzazione pagamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Direttore)

<b>Indennità a mezzo libro stipendi</b> (a cura del Servizio Gestione Risorse Umane):					
Ore assenza	_____	Indennità	_____	Diaria	_____
Pernottamenti	_____	Codice	_____		

Per poter dar luogo al rimborso delle spese, il foglio trasferta deve essere compilato in tutte le sue parti.