

## AL DIRIGENTE SCOLASTICO

### RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Docente \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato

In missione a \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

Incarico prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Nel caso di viaggi 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) € \_\_\_\_\_

Rimborso n. \_\_\_\_\_ pasti (n.1 pasto rimborsabile per missioni dalle 8 alle 12 ore)

(allegare fatture o ricevute fiscali o scontrino parlante) Il limite max per un pasto è di **€ 22,26**

€ \_\_\_\_\_

Rimborso biglietti ingresso musei/mostre (allegare biglietti originali) € \_\_\_\_\_

**Totale rimborso richiesto** € \_\_\_\_\_

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

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

Firma: \_\_\_\_\_

Controllo tabella

Firma Dsga \_\_\_\_\_

Firma DS \_\_\_\_\_