

**Da inviare alla Segreteria Federale inderogabilmente entro 15 giorni dalla conclusione dell'evento pena mancato indennizzo**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dichiara di aver effettuato in qualità di \_\_\_\_\_ la trasferta a \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

autorizzata da \_\_\_\_\_ con provvedimento del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ di cui si allega copia.

**Spese di Viaggio**

**Spazio riservato alla FIDIR**

Autostrada (pedaggio)	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Biglietto Aereo	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Biglietto FF.SS.	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Servizio di linea	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Parcheggio e garage	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Spese Taxi	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
<b>Totale € _____</b>			<b>Totale € _____</b>

**Indennità Chilometrica**

Percorrenza da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ solo andata  andata+ritorno

Totale Km. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ \*\* **Totale € \_\_\_\_\_** **Totale € \_\_\_\_\_**

\*\* 1/5 del prezzo al consumo medio nazionale della Benzina S.P. del mese di svolgimento della trasferta (fonte Ministero dello Sviluppo Economico <http://dgsaie.mise.gov.it/dgerm>)

**Spese di Vitto ed Alloggio**

N° \_\_\_\_\_ pasti a € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_** **Totale € \_\_\_\_\_**

N° \_\_\_\_\_ pernotti a € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_** **Totale € \_\_\_\_\_**

**Indennità di Trasferta giornaliera**

N° giorni \_\_\_\_\_ ad € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_** **Totale € \_\_\_\_\_**

**Totale complessivo rimborso € \_\_\_\_\_**

**Totale € \_\_\_\_\_**

**Nel caso di Indennità di Trasferta giornaliera erogate in base alla Legge 133 del 13/5/99 e successive integrazioni e modificazioni e comma 367, legge 205/2017, il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità (spuntare la scelta corrispondente):**

- che non ha percepito compensi e/o rimborsi forfettari della stessa natura della presente nota nel corrente anno fiscale da altri soggetti e quindi di non aver superato l'importo complessivo di € 10.000,00;
- di aver percepito compensi e/o rimborsi forfettari della stessa natura della presente nota, nel corrente anno fiscale da altri soggetti, superiore ad € 10.000,00 ma non superiore ad € 30.658,28;
- di aver percepito compensi e/o rimborsi forfettari della stessa natura della presente nota nel corrente anno fiscale da altri soggetti, per un importo superiore ad € 30.658,28;

**Modalità di pagamento:**

- Il sottoscritto richiede il pagamento tramite assegno non trasferibile da inviare al recapito indicato sul presente modulo.
- Il sottoscritto richiede il pagamento tramite bonifico bancario. In proposito, di seguito le coordinate bancarie:

**COORDINATE BANCARIE DEL RICHIEDENTE**

Denominazione Istituto di Credito \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Naz. \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

N° conto corrente bancario \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL PERCIPIENTE:**

IL SOTTOSCRITTO, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 26 della Legge 15/68 ed art. 489 del Codice Penale) dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato la missione così come sopra indicato.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma leggibile*

**N.B. è indispensabile per la liquidazione compilare il foglio in ogni sua parte ed allegare tutti i giustificativi di spesa in originale.**