

Da inviare alla Segreteria Federale inderogabilmente entro 60 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	€ _____	€ _____
Totale € _____			Totale € _____

Indennità Chilometrica

Percorrenza da _____ a _____

solo andata andata+ritorno

Totale Km. _____ per € _____ ** **Totale € _____**

Totale € _____

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 il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità (spuntare la scelta corrispondente):

- di non aver percepito nel corrente anno solare, alla data odierna, compensi/premi/indennità/rimborsi forfetari complessivamente superiori a € 10.000,00 ;*
- di aver percepito nel corrente anno solare, alla data odierna, compensi/premi/indennità/rimborsi forfetari complessivamente superiori a € 10.000,00, ma non superiori a € 30.658,28;*
- di avere percepito nel corrente anno solare, alla data odierna, compensi/premi/indennità/rimborsi forfetari per importi complessivamente superiori a € 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.