

LETTERA DI INCARICO

Incarichiamo il Dott. _ nella sua qualità di ☐ Consigliere
☐ Presidente AMS ☐ Associato a partecipare alle manifestazioni/riunioni/trasferte previste per il ① ②
semestre _____ a tal fine lo autorizziamo ad usare il proprio automezzo per effettuare i percorsi necessari,
per i quali gli viene riconosciuta un'indennità di € _____/km (vedi comunicazione di Sport e Salute)

data _____ AMS _____

Il Presidente Dr. _____

Al Presidente dell'AMS _____

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE DI TRASFERITA

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

C.F. _____ IBAN: _____

Banca: _____

fa richiesta di liquidazione delle seguenti competenze relative a Trasferta a _____ per _
_____ il _____

Spese di viaggio, trasporto, vitto e alloggio (documentate e pagate con strumenti in modalità tracciabile):

Km percorsi _____ a € _____/Km indennità chilometrica € _____

Pedaggio autostrada € _____

Biglietto aereo / Biglietto FF.SS / Servizi di linea € _____

Taxi n. ricevute € _____

Parcheggio € _____

N. _____ pasti € _____

N. _____ pernottamenti € _____

TOTALE € _____

Data _____

Firma _____

(parte riservata all'AMS)

Saldato in data _____ (bonifico _€ _____)_

AMS _____

Il Presidente

(Dr. _____)

N.B. il richiedente deve firmare ogni ricevuta allegata

Sono esclusi dall'obbligo di tracciabilità le spese per biglietti treno, aereo, trasporto pubblico di linea e indennità chilometrica.

Compilare con chiarezza il modulo