



ASSOCIAZIONE ITALIANA
di FISICA MEDICA e SANITARIA

RICHIESTA RIMBORSO SPESE

Il sottoscritto _____ in qualità di: _____

AIFM, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver svolto la trasferta ne__ giorn__

_____ a _____ per _____

con il seguente mezzo:

- treno
- auto
- aereo

e di aver sostenuto le seguenti spese:

SPESE DI TRASFERTA

- pasti € _____
- alloggio € _____
- viaggio € _____
- indennità chilometrica (€ 0.31 x km) € _____
- autostrada € _____
- varie documentate € _____

TOTALE SPESE SOSTENUTE € _____

Si allegano i giustificativi delle spese (per i pasti e alloggi le ricevute fiscali dovranno essere possibilmente intestate alla AIFM e indicare il nome del richiedente rimborso)

COORDINATE ISTITUTO BANCARIO DOVE RICEVERE IL RIMBORSO

Banca/Posta (nome, località) _____

intestato a _____

cod. IBAN _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Si autorizza il rimborso delle spese di trasferta
(Delibera/Presidente _____)

Data rimborso _____ Firma del Tesoriere _____