



**RIMBORSO SPESE MISSIONE**  
**Dei MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Roma,

Prot. n. \_\_\_\_\_

Nominativo\* \_\_\_\_\_

medico in formazione specialistica in \_\_\_\_\_

in servizio presso il \_\_\_\_\_

Località missione \_\_\_\_\_

Data inizio \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Data termine \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Finalità \_\_\_\_\_ Approvata in data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_

SPESE VIAGGIO SI  NO  € \_\_\_\_\_ (documentazione allegata)

SPESE ALLOGGIO SI  NO  € \_\_\_\_\_ (documentazione allegata)

QUOTA D'ISCRIZIONE SI  NO  € \_\_\_\_\_ (documentazione allegata)

SPESE VARIE SI  NO  € \_\_\_\_\_ (documentazione allegata)

**Il Medico in formazione specialistica**

**Il Direttore della Scuola di Specializzazione**

**Il Direttore del Dipartimento**

\* Dichiaro, ai sensi dell'art. 10 del Regolamento Missioni, che i giustificativi di spesa per i quali chiedo il rimborso non sono stati presentati ad altro Ente allo stesso scopo

**Firma medico in formazione specialistica**

**Avvertenze**

- La presentazione della richiesta di rimborso spese deve avvenire entro 60 giorni successivi alla conclusione della missione cui la stessa si riferisce.

- Il rimborso delle spese avviene dietro presentazione dei documenti in originale, privi di alterazioni e tali da evidenziare il fornitore del bene e servizio, la tipologia/causale della spesa, l'importo pagato e il riferimento alla persona titolare del diritto al rimborso. Sono ammessi anche scontrini fiscali non indicanti il nominativo che ha effettuato la spesa a condizione che essa sia stata sostenuta nei luoghi e nel tempo di svolgimento della missione, salvo integrazione, a cura del soggetto che ha effettuato la missione, del dato mancante. Nel caso di unica ricevuta per più soggetti, deve essere specificata la quota di cui si chiede il rimborso; in assenza l'importo totale è diviso tra il numero di soggetti.