



(luogo) _____ (Data) _____

Al legale rappresentante dell'unità locale

(nome cognome) MONICA TROMBETTA

(sede unità locale) VIA GIOVANNI DA UDINE 34
20156 MILANO

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER ATTIVITA' STATUTARIE

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fisc. _____ qualifica sindacale: RSA

presso (indicare il luogo dove svolge la propria attività sindacale ai sensi del regolamento nazionale) _____

previamente autorizzato da MONICA TROMBETTA

CHIEDE

Il rimborso delle spese extraurbane* (e solo ove consentito anche urbane) sostenute per l'esercizio delle attività sindacali che esprimono il proprio mandato statutario, come al seguito specificate :

Cognome e nome _____	
Motivazione statutaria delle spese sostenute (indicare la ragione delle spese in coerenza con le proprie attribuzioni statutarie)	
<u>ATTIVITA' SINDACALE</u>	
1. Biglietto aereo/nave (urbano-extraurbano)	€ _____
2. Biglietto ferroviario (urbano- extraurbano)	€ _____
3. telefono e utenze	€ _____
4. Auto propria (carburante) (solo tragitti extraurbani) :	€ _____
Indicare sulla distinta allegata alla presente richiesta, in corrispondenza di ogni rifornimento, il tragitto percorso	
5. Pedaggi autostradali (solo extraurbano)	€ _____
6. Taxi (urbano-extraurbano)	€ _____
7. Biglietto autolinee urbane, extraurbane	€ _____
8. Ristorazione e/o alloggio (solo extraurbano)	€ _____
8. Parcheggi (solo extraurbano)	€ _____
9, Altro (specificare) (solo extraurbano)	€ _____
TOTALE SPESE SOSTENUTE E DOCUMENTATE	€ _____
<i>Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non aver percepito né percepirà per i medesimi titoli allegati, indennità o rimborso spese ed autorizza il trattamento dei dati personali funzionali all'operazione richiesta in base al Regolamento UE 2016/679</i>	
(firma del dirigente sindacale richiedente) _____	Data _____

*per extraurbano si intende fuori dal comune ove ha sede il luogo di lavoro del richiedente nel rispetto del regolamento contabile

a tal fine , consapevole che ogni spesa sopra dichiarata dev'essere sostenuta da titolo di legge valido (ricevuta e/o fattura e/o scontrini etc.), DEBITAMENTE NUMERATI PROGRESSIVAMENTE allega n _____ricevute/fatture e/o titoli previsti , tutti debitamente firmati ed elencati analiticamente nel modello allegato al numero 1 RISPETTANDO LA NUMERAZIONE PROGRESSIVA APPOSTA SUI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DI SPESA STESSI.

Lo/La scrivente dichiara sotto la propria personale responsabilità che le spese per le quali richiede il rimborso sono state sostenute esclusivamente per lo svolgimento delle attività previste dallo statuto del Nursing Up in quanto tali afferenti alla propria qualificazione sindacale ed al proprio mandato e che i presenti rimborsi non costituiscono in alcun modo assimilazione a retribuzione.

Lo/La scrivente dichiara altresì di conoscere ed accettare integralmente e senza riserve le norme contenute nel vigente regolamento contabile del Nursing Up e di averlo rispettato con la presente richiesta.

Firma leggibile e per esteso del dirigente sindacale richiedente

Codice IBAN personale ove effettuare il rimborso . _____

L' effettiva esecuzione del presente rimborso conferma e/o sostituisce anche " l'avvenuta autorizzazione preventiva" da parte del dirigente sindacale abilitato ad operare il rimborso:

Data

Firma

ELENCO COMPLETO DEI TITOLI ALLEGATI ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE NUMERATO PROGRESSIVAMENTE DEL _____

ATTENZIONE OGNI SINGOLO DOCUMENTO ALLEGATO (scontrini, fatture, ricevute etc)

Numero progressivo-data e ragione sociale dello scontrino, fattura, ricevuta	Tipo di beni e/o servizi acquistati(obbligatoria per scontrini non parlanti)	Motivazione e/o occasione statutaria che giustifica la spesa, <u>nel caso di carburante, indicare anche tutti i tragitti percorsi</u>	Importo

Firma del soggetto che richiede il rimborso

Firma del Dirigente Sindacale del Nursing Up che riconosce e provvede al rimborso

Luogo _____ Data _____