

**Modulo di richiesta rimborso spese missione dei Direttori DG/DS/DA/DSS ai sensi del Regolamento Casse Economiche della ASL n. 4 dell'Ogliastra approvato con Deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Al Responsabile Cassa Economale  
SC Tecnico Logistico Patrimonio e Acquisti

**Oggetto:** Richiesta rimborso spese missione tramite Cassa Economale

Il Richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la liquidazione delle somme risultanti dal presente prospetto, a rimborso delle spese di missione sostenute per:

DATI PER CALCOLO RIMBORSO SPESE VIAGGIO	
Marca e Modello Auto	
Tariffa ACI	

CALCOLO SPESE						
<i>Luogo della missione</i>	<i>Motivo della missione</i>	<i>Data della missione</i>	<i>Km percorsi</i>	<i>Costo biglietto mezzo pubblico</i>	<i>Pernottamenti</i>	<i>Pasti</i>

TOTALE GENERALE € \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRETTORE RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Il sottoscritto DG, autorizza la spesa sopra riportata, pari a € \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE  
\_\_\_\_\_