

## Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di Brescia e Mantova

### MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE DURANTE UNA TRASFERTA

NOME	
COGNOME	
Data approvazione del Direttivo alla trasferta:	
Tipoditrasferta/spostamento autorizzato:	
Data della trasferta	
Partenza da	
Arrivo a	

Riepilogo spese:

Mezzo di trasporto personale (scrivere KM tot percorsi)	
Pedaggio autostrada:	
Biglietto di viaggio (Bus, Treno...):	
Taxi:	
Parcheggio	
Pernottamento	
Pasti	
Altro	

La sottoscritta presenta scontrini o fatture delle spese sostenute al Consiglio Direttivo in data \_\_\_\_\_.

Data:

Firma

Il Consiglio Direttivo autorizza il rimborso delle spese elencate in data: \_\_\_\_\_

Firma per approvazione: