ASL Lecce
PugliaSalute

Distinta Rimborso Spese

(Criteri rimborsi stabiliti con Deliberazione del DG n 110/2023)

Richiedente: _____ **Matricola** (se Dipendente/Convenzionato) _____

Oggetto della Trasferta: _____

Date:_____ **Luogo**_____

Autorizzazione/Convocazione da parte di: _____

Da presentare all'Ufficio che ha autorizzato la spesa o effettuato la convocazione INDEROGABOILMENTE entro 30 giorni dalla fine della trasferta

(T) Trasporti
(V) Vitto
(P) Pernottamenti
(A) Altro

Data		Descrizione	Euro

Indicare l'IBAN sul quale deve essere effettuato il rimborso.

IBAN: I__I__I-I__I__I-I__I-I__I__I__I__I__I-I__I__I__I__I__I-I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Data presentazione_____. Firma _____