

F.I.D.A.L. COMITATO REGIONALE FRIULI - VENEZIA GIULIA

INCARICO PER TRASFERTA E/O PRESTAZIONE

Il presente incarico viene affidato a: _____ nato a _____ (___)
 il ___/___/___ residente a _____ (___) (cap.) via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ in qualità di _____
 per la trasferta e/o prestazione a _____ dal giorno ___/___/___ ore ___ al giorno ___/___/___ ore ___
 per (indicare la manifestazione/gara, riunione, ecc) _____

A seguito di sua formale richiesta, con la quale ha dichiarato contestualmente di esonerare la F.I.D.A.L. da qualsiasi responsabilità per danni a persone o cose, causati o subiti in relazione alla concessione presente, si autorizza l'uso di autovettura propria.

Data _____ Il dirigente dell'unità organica _____

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

Il sottoscritto _____ in base all'incarico avuto, dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver effettuato la trasferta/prestazione così come sopra indicato e chiede il pagamento dei relativi rimborsi/indennità

UNITAMENTE A _____

1. SOMME DA RIMBORSARE

A) spese di viaggio (documentate)

autostrada (pedaggio) €

altro..... €

B) spese di vitto e alloggio (documentate)

n°.....pasti a € €

n°.....pernottamenti a € €

2. INDENNITA' CHILOMETRICA (solo per trasferte fuori dal Comune di residenza)

da a e ritorno SI - NO

totale Km a € **0.22** al km €

3. INDENNITA' DI TRASFERTA/RIMBORSO FORFETARIO (art. 67/m)

n°___ prestazioni a € ____/ cad. €

TOTALE da Liquidare € _____

Data.....

Firma (leggibile)

Il sottoscritto **dichiara** sotto la propria responsabilità di **NON aver superato, con il pagamento delle indennità di cui al punto 3**, il limite di €7.500/00 previsto dal TUIR - DPR 917/86. Si impegna, inoltre, a comunicare alla Federazione il superamento di detto limite.

Firma (leggibile)

N.B.: Si informa il beneficiario che il limite di €7.500,00 è un limite soggettivo pertanto la Federazione che eroga le somme sopra indicate non risponde di un eventuale superamento di tale importo per effetto di somme pagate da altri soggetti.

VISTO, si liquidi
 Il Presidente del C. R:

Data

da accreditare presso la Banca _____
 filiale/agenzia. _____

codice IBAN (a 27 caratteri alfanumerici) :

INTESTATO A: _____

Spazio riservato al Comitato Regionale			
data di arrivo:			
DATA REG.			
PAGAM. DD.	CASSA		

Si prega di comunicare eventuali variazioni dei dati anagrafici e/o bancari