



# Federazione Sport Sordi Italia

Federazione riconosciuta dal Comitato Italiano Paralimpico



F.S.S.I. – Piazzale degli Archivi 41 - 00144 Roma - C.F. 97388210581 – P.I. 10464691004  
Tel. 06 83559002 www.fssi.it

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

Dichiara di aver effettuato in qualità di \_\_\_\_\_ la trasferta a \_\_\_\_\_

Autorizzata da \_\_\_\_\_ con provvedimento del \_\_\_\_\_ Prot. n° \_\_\_\_\_

## 1. Somme da rimborsare: spese di viaggio (documentate)

- Autostrada (pedaggio) N°. \_\_\_\_ Ricevute € \_\_\_\_\_
- Biglietto aereo € \_\_\_\_\_
- biglietto FFSS € \_\_\_\_\_
- Servizio di linea N° \_\_\_\_ biglietti € \_\_\_\_\_
- Parcheggio e garage € \_\_\_\_\_
- Spese taxi € \_\_\_\_\_
- Altro € \_\_\_\_\_
- Totale € \_\_\_\_\_

## 2. Indennità chilometrica (autorizzazione allegata):

Percorrenza da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Km \_\_\_\_\_ a € \_\_\_\_\_ Totale € \_\_\_\_\_

## 3. Spese di vitto e alloggio (documentate):

- N°. \_\_\_\_\_ pasti a € \_\_\_\_\_ Totale € \_\_\_\_\_
- N°. \_\_\_\_\_ pernottamenti a € \_\_\_\_\_ Totale € \_\_\_\_\_

## 4. Indennità - compensi - rimborsi:

- Indennità di missione N°. \_\_\_\_ giorni a € \_\_\_\_\_ Totale € \_\_\_\_\_
- Compensi / Rimborsi (precisare la natura del compenso) Totale € \_\_\_\_\_

TOTALE € \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL PERCIPIENTE:** Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver effettuato la missione così come sopra indicato

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, di non aver superato, con il pagamento della suddetta indennità, il limite di € 10.000 previsto dall' art 90, comma 23, L.289/2002, solo per quanto *concerne i rimborsi spese ed indennità, di cui all'art.67 c.1 lett. m* (del TUIR)..

Si impegna, inoltre, a comunicare alla FSSI il superamento di detto limite, in riferimento l'art. 53 del D.Lgs del 30/03/2001, comma 11.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**Il modulo deve essere inviato all' Amministrazione FSSI (amministrazione@fssi.it) entro e non oltre 30 giorni dalla conclusione della trasferta con gli eventuali allegati in originale**