



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 € _____

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 all'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