

Da inviare all'indirizzo e-mail:

- personale NON dirigente → sapvtv-societa@intesasnpaolo.com
- personale dirigente → dc_ru_amministr_dir.06424@intesasnpaolo.com

Il presente modulo deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese di missione solamente dai Dipendenti che sono impossibilitati ad utilizzare il sistema informativo oppure che non hanno provveduto - nei termini aziendali previsti - ad inserire la domanda di rimborso.

SOCIETA' *	CID *	COGNOME E NOME *

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE DI MISSIONE			
TIPOLOGIA MISSIONE *	missione a corto raggio		comune residenza/dom.
	piè di lista-diaria	comune sede UOG	corso addestramento
	formaz. Residenziale-docenza		formaz. Residenziale

DATI GENERALI TRASFERTA:	DATA INIZIO *		ORA INIZIO *	
	DATA FINE *		ORA FINE *	

DESTINAZIONE *		PROV. *	
-----------------------	--	----------------	--

PERNOTTAMENTO *	missione in giornata	pagato da banca
	richiesto rimborso	pernottaemento proprio carico

DETTAGLIO CHILOMETRAGGIO	Distanza totale percorsa (km)			
	Localita' partenza			
	Localita' arrivo			
	Cilindrata	<= 1000 cc	> 1000 e <=1600 cc	> 1600 cc
Tp. Veicolo	auto propria a benzina	auto propria a gasolio/altro	auto a noleggio	
	auto uso strumentale	auto uso promiscuo		

IMPORTO SPESE DOCUMENTATE:	SPESE VIAGGIO <i>(inserire importo in €)</i>						SPESE VITTO <i>(inserire importo in €)</i>					ALTRE SPESE <i>Specificare importo in € e Tipo spesa</i>	
	DATA GIUSTIFICATIVO <i>(gg/mm/aaaa)</i>	Aereo	Bus/metro	Parcheggio	Pedaggio	Taxi	Treno	Pranzo	Cena	Alloggio	Vitto Pranzo Prepagato/Offerto		Vitto Cena Prepagato/Offerto

Note: _____

DATA * _____

FIRMA DEL DIPENDENTE * _____

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE * _____

* campi obbligatori