



Federazione Italiana Wheelchair Hockey

Via Flaminia Nuova, 830 - 00191 Roma

Nota delle spese sostenute per conto della Federazione da:

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Cognome e Nome		Domiciliato a: Luogo e (Prov.sigla)		Indirizzo: Via e numero	
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Designato quale:A-O-R	<input type="text"/>	Campionato	<input type="text"/>
Gara N°	<input type="text"/>	Squadre	<input type="text"/>	Vs.	<input type="text"/>
Evento:		Casa		Ospiti	
Disputatasi a/Tenutosi a:		<input type="text"/>		il	<input type="text"/>
Partito da:		<input type="text"/>		alle ore	<input type="text"/>
Tragitto percorso:		<input type="text"/>		il	<input type="text"/>
<input type="text"/>		con il collega		Rientrato il	<input type="text"/>
<input type="text"/>		e		incontrato a	<input type="text"/>
Autovettura: marca, modello, cilindrata ed alimentazione		Cognome e Nome		incontrato a	Luogo e (Prov.sigla)
		Data		Ora	Data
		Data		Ora	Ora

SPESE DI VIAGGIO E TRASFERIMENTO:

Biglietto aereo/nave	€	<input type="text"/>
Biglietto ferroviario	€	<input type="text"/>
Auto propria: <input type="text"/> Km totali <input type="text"/> a €	€	<input type="text"/>
Pedaggi autostradali	€	<input type="text"/>
Taxi (previa autorizzazione)	€	<input type="text"/>
Biglietto autolinee urbane ed extraurbane	€	<input type="text"/>
Altro (specificare)	€	<input type="text"/>

Totale spese di viaggio e trasferimento: € (A)

SPESE DI SOGGIORNO (SOLO se autorizzate):

Pernottamenti	N°	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Pasti	N°	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>

Totale spese di soggiorno: € (B)

RIMBORSO FORFETTARIO:

Ammontare gettone presenza	€	<input type="text"/>
----------------------------	---	----------------------

Totale rimborso forfettario: € (C)

TOTALE RIMBORSO: € (A+B+C)

ACCREDITO:

Conto Corrente - IBAN	<input type="text"/>	Intestato a	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	-------------	----------------------

Rinuncia alle spese di viaggio (A)

Rinuncia alle spese di soggiorno (B)

Rinuncia al rimborso forfettario (C)

NOTE EVENTUALI:

A cura della F.I.W.H.

Firma:	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver effettuato la missione come indicato e di non aver superato, con il pagamento della suddetta indennità, il limite di € 7.500,00 previsto dall'art.90, comma 3° lettera b, della legge 289/02. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente alla F.I.W.H il superamento di detto limite.

Data:

Firma Leggibile:

Avvertenze Importanti:

- la mancata sottoscrizione della presente dichiarazione comporta l'assoggettamento alla ritenuta d'imposta relativa ai rimborsi forfettari ed indennità.
- il presente modulo deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte e dovrà essere spedito **entro 15 giorni dalla data di conclusione dell'evento.**
- eventuali ricevute, se necessario, dovranno essere intestate al richiedente e non alla Federazione.