



Museo Storico della Fisica
e Centro Studi e Ricerche
"Enrico Fermi"

Data,

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

PROGETTO: _____

Località: _____ **Giorno/i :** _____

Dott. _____

Nato/a a _____ **il** _____ **Residente in** _____

Codice Fiscale _____

Coordinate Bancarie: _____

Aliquota marginale: _____

Causale specificativa:

Trasporto	euro	n. ricevute
Mezzi pubblici		
Taxi	euro	n. ricevute
Ristorante	euro	n. ricevute
Albergo	euro	n. ricevute
TOTALE	euro	

Il Ricercatore

.....