

## NOTA DI LIQUIDAZIONE PER ASSISTENZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DICHIARA di aver effettuato in qualità di **ADDETTO** alla Segreteria nei mesi di \_\_\_\_\_.

### 1. SOMME DA RIMBORSARE

#### A) Spese mediche (documentate)

Nr. \_\_\_\_ Visita sportiva Eu. \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_ Sedute fisioterapia Eu. \_\_\_\_\_

Totale Eu. \_\_\_\_\_

### 2. INDENNITA' CHILOMETRICA

Percorrenza da (vedi allegato)

Km. \_\_\_\_\_ a Eu. \_\_\_\_\_

### 3. INDENNITA' E RIMB. FORFETTARI

Eu. \_\_\_\_\_

**TOTALE** Eu. \_\_\_\_\_

### Dichiarazione del percipiente

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver effettuato le missioni/prestazioni così come sopra indicato.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di non aver superato, con il pagamento della suddetta indennità o rimborso forfettario, il limite di Eu. #7.500,00 previsto dall'art. 90, L. 289/2002.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_