

## MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE E RIMBORSI

da inviare all'ufficio amministrativo inderogabilmente entro 10 giorni dalla conclusione dell'evento pena mancato indennizzo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dichiara di aver effettuato in qualità di \_\_\_\_\_ la trasferta a \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

autorizzata da \_\_\_\_\_ con provvedimento del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ di cui si unisce copia

### Spese di Viaggio

### Spazio riservato alla FISPES €

Autostrada (pedaggio)	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Biglietto aereo	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Biglietto FF.SS.	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Servizio di linea	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Parcheggio e garage	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Spese taxi	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____
Altro	n° _____ ricevute	€ _____	€ _____

### Indennità chilometrica

Totale € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

percorrenza da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ solo andata  andata e ritorno

totale Km. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

### Spese di Vitto ed Alloggio

n° \_\_\_\_\_ pasti a € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

n° \_\_\_\_\_ pernotti a € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

### Indennità di Trasferta giornaliera (erogato in base alla Legge n.133 del 13/05/99 smi e Legge n.205 del 27/12/2017 comma 367 lettera b)

n° giorni \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

Compenso legge 133/99 e smi per \_\_\_\_\_

note \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_**

**Totale complessivo rimborso € \_\_\_\_\_ **Totale € \_\_\_\_\_****

**Il sottoscritto, in riferimento all'Indennità di Trasferta giornaliera dichiara, sotto la propria responsabilità:**

*(barrare una sola casella selezionandola con il mouse)*

- che il presente compenso, percepito per la prestazione eseguita per conto di codesta Federazione, **non comporta il superamento della franchigia di € 10.000,00** (diecimila/00) \_\_\_\_\_
- che il presente compenso, percepito per la prestazione eseguita per conto di codesta Federazione, **comporta il superamento della franchigia di € 10.000,00** (diecimila/00) **per l'importo di € \_\_\_\_\_** ;
- che il presente compenso, percepito per la prestazione eseguita per conto di codesta Federazione, **comporta il superamento della franchigia di € 30.568,28** (trentamilacinquecentosessantotto/28) **per il suo intero importo.**

**Qualora l'interessato non marchi alcuna casella sarà inteso come se non abbia superato la franchigia di € 10.000,00**

**Modalità di pagamento**

- Il sottoscritto richiede il pagamento tramite bonifico bancario già trasmesso con i precedenti rimborsi.
- Il sottoscritto richiede il pagamento tramite bonifico bancario. In proposito, di seguito riporto le coordinate bancarie.

**COORDINATE BANCARIE DEL RICHIEDENTE**

Denominazione Istituto di Credito \_\_\_\_\_

N° conto corrente bancario \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN** \_\_\_\_\_

Cellulare e indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL PERCEPIENTE:**

Il percipiente dichiara di non prestare attività professionale inerente l'attività sportiva e di rispettare la normativa fiscale in materia di compensi, diarie e rimborsi spesa agli sportivi consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 26 legge 15/68 e del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 con particolare riferimento all' art. 76 e in materia di documentazione amministrativa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile

**N.B.:** *la presente richiesta di liquidazione deve essere compilata ed inviata alla FISPES entro 10 giorni dal termine della missione pena il mancato indennizzo delle spese sostenute.  
E' indispensabile per la liquidazione, compilare il foglio in ogni sua parte ed allegare tutti i giustificativi di spesa in originale.*

*Allegare i biglietti di aereo o treno anche se forniti dalla FISPES (prepagati), senza indicare l'importo.*

## Compilazione a cura della FISPES

Rimborso esaminato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Importo totale del rimborso € \_\_\_\_\_ Sigla o firma \_\_\_\_\_

Firma o sigla dell'ufficio amministrativo \_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere trasmesso alla FISPES:

**amministrazione@fispes.it**

**FISPES - Via delle Tre Fontane 27, 00144 Roma**