



ID DOCSPA N. _____

TABELLA DI MISSIONE

Da compilare in stampatello a cura dell'interessato

COGNOME E NOME _____

PER PARTECIPAZIONE AL _____

PROGETTO _____

COD. NAZIONALE (solo se PON) _____

Che si tiene a _____ dal _____ al _____

Restituire a:

INVALSI – Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione Via
Ippolito Nievo, 35
00153 – Roma (RM)
Telefono: 06 94185 224-225

Compilazione a cura dell'amministrazione

Repertorio n. _____

WINMISS N. _____

Importo rimborsabile € _____

Impegno _____ / _____

Mandato _____ / _____

Denominazione: _____ Indirizzo: _____ n. _____

Comune _____ Cap. | | | | | Prov. | | |

Telefono _____ / _____ E-Mail: _____

QUALIFICA _____ livello _____

(Segnare la casella corrispondente)

[illegible]

Firma


DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a _____ (_____) il _____
 Cf _____
 residente a _____ (_____) in _____ n. _____
 domiciliato/a in _____ (_____) in _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA
Dati Missione

	PERCORSO	DATA	ORA
ANDATA	LOCALITA'		
	DESTINAZIONE		
RITORNO	LOCALITA'		
	DESTINAZIONE		

Elenco dei giustificativi di cui si chiede il rimborso
A) SPESE DI VIAGGIO

Data	Mezzo	Percorso	Compagnia	Importo
TOTALE				

B) TAXI

Data	Estremi della richiesta (riportare il metodo utilizzato per comunicare la richiesta. Es. mail, nota...)	Percorso	Struttura	Importo
TOTALE				

**C) VITTO**

Data	Pranzo/Cena	Località	Struttura	Importo
TOTALE				

D) PERNOTTAMENTO

Data	Luogo		Struttura	Importo
TOTALE				

E) ALTRE SPESE

Data	Descrizione	Luogo	Struttura	Importo
TOTALE				

TOTALE MISSIONE : (A+B+C+D+E)**NOTE:**

☐

Data

Firma del richiedente