

# F E S M E D

Federazione Sindacale Medici Dirigenti

## MODULO PER IL RIMBORSO DELLE SPESE

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, in qualità di  
 Fiduciario regionale , vice-Fiduciario regionale , Delegato Aziendale , Referente di Presidio

ha partecipato alla riunione convocata da \_\_\_\_\_;  
 (Azienda, Regione, altra Istituzione)

tenutasi presso \_\_\_\_\_;  
 (Sede della riunione – Città)

avente per oggetto \_\_\_\_\_  
 (Motivo della riunione ed accordi raggiunti – Allegare l'eventuale documentazione)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Chiede il rimborso delle seguenti spese ed allega le relative ricevute di pagamento:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie complete.**

Denominazione e sede della Banca:					
Nome dell'intestatario del conto:					
CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	CONTO n.	BIC – BANK IDENTIFIER CODE

\_\_\_\_\_  
 (Firma leggibile del richiedente)

\_\_\_\_\_  
 (Firma per presa visione del Fiduciario regionale)