



# ASL Bari

PugliaSalute

**Al Dirigente Responsabile  
U.O.S. Formazione ASL BARI**

Oggetto: Richiesta di rimborso spese partecipazione corso/evento/convegno/congresso dal titolo \_\_\_\_\_ svoltosi il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
– autorizzazione prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

dipendente ASL BARI con la qualifica di \_\_\_\_\_  
 matr. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_,

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di aver partecipato al \_\_\_\_\_ dal titolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tenutosi presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

Dichiara inoltre, di aver sostenuto le spese di seguito elencate, per le quali si richiede il rimborso:

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Quota iscrizione* | € _____        |
| Quota viaggio*    | € _____        |
| Quota trasporto*  | € _____        |
| Quota soggiorno*  | € _____        |
| <b>Totale</b>     | <b>€ _____</b> |

Data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(Dichiarante)

(\*) – allegare ricevute originali