Ill.mo Presidente
ORDINE DEI MEDICI–CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
della PROVINCIA DI BARI

Il sottoscritto, Dott./ ssa _____

- ☐ Consigliere del Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Bari
- ☐ Consigliere della CAO dell'OMCeO di Bari

nella sua qualità di:

- ☐ libero professionista/ convenzionato[1]
- ☐ dipendente

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/200 e smi, preso atto della Deliberazione del Consiglio Direttivo n. ____, del 17/02/2020,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, di avere sostenuto le spese, di seguito elencate, strettamente necessarie all'esecuzione della delega ricevuta, per la seguente **ATTIVITÀ**[2]:

_____

_____

_____

ELENCO DELLE SPESE SOSTENUTE:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____

Allega la documentazione a riscontro e **CHIEDE** il rimborso delle spese sostenute, per un **importo complessivamente pari ad € _____**

Distinti saluti.

Bari, _____ FIRMA

_____

[1] *Il rimborso sarà effettuato solo al ricevimento della fattura/ricevuta*

[2] *Indicare l'attività svolta con luogo e data*