

**Spett.le Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Forlì**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
 presenta la seguente

**RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE**

Da presentarsi agli Uffici di Segreteria della O.D.C.E.C. di Forlì (mail: [segreteria@odcecforlicesena.it](mailto:segreteria@odcecforlicesena.it))

<b>Motivo della spesa:</b>	
----------------------------	--

**barrare la casella sottostante SE ricorre il caso:**

Il sottoscritto precisa di essere tenuto ad **emettere fattura**<sup>1</sup> a fronte delle spese sottoindicate, per cui chiede che il pagamento venga effettuato sulla base dell'importo indicato nella fattura che verrà emessa (o in avviso di parcella).

SPESE SOSTENUTE	importo	N° doc. allegati
<i>indicare tratta</i>		
aereo	€.	
<i>indicare tratta</i>		
treno	€.	
<i>indicare percorso</i>	<i>Km percorsi</i>	
auto	€.	
<i>indicare percorso</i>		
pedaggio autostradale	€.	
<i>n° e data fattura / ricevuta</i>	<i>data pernott.</i>	
albergo	€.	
<i>n° e data fattura / ricevuta</i>	<i>data pasto</i>	
pasti	€.	
<i>Indicare luogo</i>		
taxi e bus	€.	
<i>Indicare luogo</i>		
parcheggio	€.	
<i>specificare</i>		
varie	€.	
<b>TOTALE importo chiesto a rimborso</b>	€.	

Link per tabelle ACI (necessaria iscrizione):

[https://login.aci.it/index.php?do=genNotAuth&id=login&application\\_key=costikm&purl=L2Nvc3Rpa20tbG9naW4tcHJvZC5odG1s](https://login.aci.it/index.php?do=genNotAuth&id=login&application_key=costikm&purl=L2Nvc3Rpa20tbG9naW4tcHJvZC5odG1s)

Link per tabelle ACI (non necessaria iscrizione): <https://www.missionline.it/mission-fleet-post/tabelle-aci-2023/>

Ai fini del rimborso chilometrico, si comunicano i seguenti dati: autovettura marca _____ modello _____ serie _____ <input type="checkbox"/> benzina <input type="checkbox"/> diesel <input type="checkbox"/> elettrica
--

Si prega di voler accreditare il relativo importo mediante bonifico bancario sul c/c intestato a

\_\_\_\_\_ - IBAN \_\_\_\_\_

Si allegano i documenti giustificativi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

applicare marca da bollo di €. 2,00 se l'importo di cui si chiede il rimborso è superiore ad €. 77,47.