

Spett.le

ServizioPolo Universitario delle Professioni Sanitarie

via Briamasco n°2 - 38122 – Trento

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

via Degasperi n°79 - 38123 - Trento

P.IVA 01429410226

Corso di Laurea in

Il/la sottoscritto/a

Codice Fiscale

Nato/a il

Residente a*

Domicilio durante l'a.a.*

Recapito telefonico

Richiede il rimborso delle spese sostenute per il tirocinio effettuato a

periodo dal al

data Tirocinio	Orario di Tirocinio		spese trasporto > 20 km (franchigia 20 km)	pasto presso strutture non APSS (ad es. RSA)	TOTALE
	dalle ore	alle ore		pasto (differenza tra 4,90€ e pasto completo 6€)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTALE DA RIMBORSARE					<input type="text"/>

* campo obbligatorio

Trento, Firma Studente

Funzionario Referente