

**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI VARESE**

---

VIA DEI CAMPIGLI, 5 – 21100 VARESE  
TEL 0332/285672 – FAX 0332/311857

**REGOLAMENTO SPESE DI MISSIONE DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI VARESE**

*Approvato con delibera n° 15 del Consiglio Direttivo del 23 maggio 2016*

**Modalità di richiesta missione:** ai fini dell'ammissione al pagamento delle missioni il modulo di richiesta rimborso deve essere:

- compilato in ogni sua parte e debitamente firmato, nonché conforme all'ordine di missione allegato alla richiesta di rimborso;
- corredato delle spese sostenute, documentate esclusivamente in originale;
- anticipato per e-mail entro 15 giorni dalla missione completo di ogni giustificativo di spesa pagato in contanti o anticipato con carta di credito aziendale e debitamente sottoscritto;
- consegnato entro 30 giorni al Collegio in originale;

**1. Compensi spettanti** esclusivamente ai componenti il Consiglio Direttivo, il Collegio dei revisori dei Conti e la CCEPS della FNCO: non previsto rimborso di diaria giornaliera.

**2. Spese di alloggio:**

- si intendono SOLO le spese alberghiere

**3. Spese di viaggio e trasporto:**

- sono rimborsate totalmente a fronte di ricevuta originale riportanti il prezzo, la data e l'ora del viaggio; nel caso la sede di missione coincida con la sede d'impegni extraistituzionali saranno rimborsate comunque le spese di viaggio e trasporto salvo far decorrere la diaria e l'indennità convenzionalmente da h. 1:30 prima dell'orario dell'impegno istituzionale;
- le spese sostenute con auto propria sono calcolate in riferimento al tariffario ACI, oltre le spese di pedaggio, garage e parcheggio ove documentate.
- in caso di smarrimento/furto della ricevuta, previo assenso del Tesoriere e del Consiglio Direttivo, le relative spese da rimborsare saranno valutate singolarmente.
- sono ammissibili le spese di taxi nei tragitti urbani, da/a stazioni o aeroporti, ed inerenti esclusivamente la missione. Sono ammissibili tragitti extraurbani in casi eccezionali, per motivi di comprovata necessità ed urgenza, previa valutazione del Tesoriere; laddove invece la verifica sia relativa al Tesoriere subentra il Consiglio Direttivo. Le ricevute di taxi devono contenere descrizione del tragitto, data, sigla e firma del vettore.

**4. Spese extra o altro:**

- si intendono le spese per iscrizioni ad eventi o congressi deliberati dal Consiglio Direttivo ed altre in precedenza non indicate.

**5. Spese di vitto:**

- sono rimborsabili i pasti fino ad un massimo di € 50,00 giornaliera a fronte di ricevute o scontrini "parlanti" che ne descrivano il pasto reso al soggetto; sono ammessi anche i piccoli consumi giornalieri purché complessivamente non sia superato il tetto massimo e purché riferibile alla ristorazione.

**6. Anticipazione spese di missione**

- E' consentita l'anticipazione delle spese di missione mediante utilizzo della carta di credito dell'Ordine Ostetriche; una volta effettuata la missione, il soggetto che ha utilizzato la carta di credito, è tenuto a far pervenire alla Segreteria dell'Ordine, entro 30 giorni dalla fine della missione, tutta la documentazione necessaria ai fini della liquidazione della stessa. In caso di inadempimento le spese non documentate nei termini previsti e risultanti dall'estratto conto delle carte di credito, saranno automaticamente addebitate al

**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI VARESE**

---

VIA DEI CAMPIGLI, 5 – 21100 VARESE  
TEL 0332/285672 – FAX 0332/311857

soggetto in missione. Si lascia la facoltà al soggetto incaricato della missione di utilizzare carte bancomat e con le stesse modalità ottenere il rimborso.

**7. Missioni autorizzate e non effettuate, errori e penali:**

● Le missioni autorizzate e non più effettuate per cause di forza maggiore debitamente documentate, possono essere rimborsate quelle spese già sostenute che non sono restituite da chi le ha incassate oppure le eventuali penali applicate al rimborso da parte di terzi. Sarà cura dell'interessato dimostrare di aver fatto tutto il possibile per poterne ottenere il rimborso mediante l'esibizione delle tempestive comunicazioni a chi di competenza.

**8. Spese non inerenti la missione:** non sono ammissibili pagamenti e/o anticipi per spese sostenute a titolo personale e/o non contemplate dal presente regolamento;

**9. Spese inerenti la missione e rimborsabili da terzi:** l'anticipo da parte dell'Ordine Ostetriche è autorizzato dal Tesoriere per validi e comprovati motivi autocertificati dal richiedente.

**10. A soggetti che non siano componenti degli organi di cui all'art. 1 e la cui missione non rientri in un rapporto di consulenza** competono solo il rimborso delle spese di alloggio e viaggio. In ogni caso è necessaria valutazione e delibera di ciascuna missione.

**11. Non sono consentite integrazioni successive alla consegna delle schede di missione da parte del personale dell'Ordine, stante la natura di autocertificazione della scheda di missione e saranno lavorabili solo le schede che siano complete di ogni giustificativo di spesa.**

**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI VARESE**

VIA DEI CAMPIGLI, 5 – 21100 VARESE  
TEL 0332/285672 – FAX 0332/311857

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE di \_\_\_\_\_**

il richiedente, autorizzato a compiere la missione elencata in allegato, e consapevole del regolamento riportato sul retro, chiede il rimborso delle spese di viaggio, albergo e delle diarie/gettoni spettanti; a tal fine dichiara di aver compiuto la missione nei seguenti termini:

Località di partenza	data	ora	itinerario	Località di rientro	data	ora
----------------------	------	-----	------------	---------------------	------	-----

Descrizione/motivazione missione:

Dichiara inoltre di avere sostenuto le seguenti spese (allegare ricevute originali per le spese a carico dell'Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Varese).

**SPESE SOSTENUTE DI CUI SI ALLEGA RICEVUTA**

Rimborsabili dall'Ordine	Rimborsabili da terzi

Tipologia spesa sostenuta	anticipate personalmente	carta di credito dell'Ordine	Pagato da terzi direttamente dall'Ordine	Pagato da terzi	Anticipato* Ordine	€
Treno	€	€	€			€
Aereo	€	€	€			€
Mezzi pubblici	€	€	€			€
Taxi	€	€	€			€
Alloggio	€	€	€			€
Pasto	€	€	€			€
Altro	€	€	€			€

\* L'anticipo per spese rimborsabili da terzi e/o non dovute è autorizzato dal Tesoriere per validi e comprovati motivi autocertificati dal richiedente.

Auto Km \_\_\_\_\_

DA	DA
A	A

Il sottoscritto, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità:

1. di non ricevere doppi rimborsi e/o compensi per la presente missione
2. di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interessi e/o di incompatibilità e/o divieto ai fini dell'espletamento della presente missione;
3. dichiara di sollevare l'amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta circa l'uso del mezzo **proprio / offerto**.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI VARESE**

VIA DEI CAMPIGLI, 5 – 21100 VARESE  
TEL 0332/285672 – FAX 0332/311857

**DICHIARAZIONE PER ATTIVITA'  
ORDINE OSTETRICHE**

**AL SIG.** \_\_\_\_\_  
cognome / nome / codice fiscale

\_\_\_\_\_

qualifica

SI DISPONE L'ESPLETAMENTO DA PARTE DELLA S.V. DELLA SEGUENTE MISSIONE:

OGGETTO: \_\_\_\_\_

---

	<b>LOCALITA'</b>	<b>DATA INIZIO / DURATA</b>
1)		

LA SPESA GRAVERA' SUI SEGUENTI FONDI:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

CON DELIBERA DEL (da omettere solo per le riunioni di Consiglio Direttivo) \_\_\_\_\_

CON DISPOSIZIONE DELLA PRESIDENTE DEL \_\_\_\_\_ RATIFICATA DAL CONSIGLIO DIRETTIVO CON DELIBERA DEL \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) PRESIDENTE

(\*) TESORIERE

=====

**Per accettazione**

**FIRMA DEL PARTECIPANTE ALLA MISSIONE CHE ALLEGA RICHIESTA RIMBORSO**

\_\_\_\_\_