

**MODULO 2 –PREVENTIVO -IMPEGNO DI SPESA PER LE ATTIVITÀ ELETTIVE E SEMINARI**

compilare in ogni parte ed inviare tramite posta elettronica all'indirizzo:

[infermieristicaivrea@unito.it](mailto:infermieristicaivrea@unito.it)

ANNO ACCADEMICO:	DENOMINAZIONE ATTIVITA'
------------------	-------------------------

N	Cognome e Nome	Dip ASL TO4	Altri dipendenti SSN/ libero professionisti	Indirizzo posta elettronica	Sostituito (se SI non indicare importo)	N° Ore docenza	Totale Compenso lordo a cura della segreteria	RA (ritenuta d'acconto)	IVA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>TOTALE LORDO</b> a cura della segreteria				

Pag. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma (del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva) \_\_\_\_\_