

UOSD Servizio Amministrativo Ricerca

**Il dirigente della UOSD Servizio Amministrativo Ricerca
in virtù della delega conferita con deliberazione N°327/2025
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 889 del 27/10/2025

OGGETTO: LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE ALLA DOTT.SSA PAOLA NISTICO' SUL FONDO AIRC COD. IFO 25/30/R/11 DI CUI LA STESSA E' RESPONSABILE. CUP H53C24001750007

Esercizi/o e conto 2025-502011496 Centri/o di costo 3051250

- Importo presente Atto: € 333,44

- Importo esercizio corrente: € 333,44

Budget

- Assegnato: € 162.000,00

- Utilizzato: € 59.190,88

- Residuo: € 102.475,68

Autorizzazione n°: 2025/ SAR 451

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOSD Servizio Amministrativo Ricerca Proposta n° DT-914-2025

L'estensore

Maria Vincenza Sarcone

Il Responsabile del Procedimento

Giuseppina Gioffre

**Il Dirigente della UOSD Servizio Amministrativo
Ricerca**

Giovanna Evangelista

La presente determinazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

Allegato 1

Il Dirigente della UOSD Servizio Amministrativo Ricerca

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
 il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto la deliberazione n. 814 del 03.09.2025 recante *“Preso d’atto della deliberazione della Regione Lazio 7 agosto 2025 n.697 avente ad oggetto: Approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri. Adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO.”*;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00015 del 12 febbraio 2025 avente ad oggetto *“Nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”* ;
- Vista la deliberazione n. 160 del 18 febbraio 2025 di presa d’atto dell’insediamento del Direttore Generale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri Dott. Livio De Angelis;
- Visto il D.M. del Ministero della Salute del 20 giugno 2024 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di “oncologia” per l’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di “dermatologia” per l’Istituto Santa Maria e San Gallicano (ISG);
- Vista la deliberazione n. 327 del 3 aprile 2025 di attribuzione delle deleghe ai Dirigenti del Ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo da parte del Direttore Generale degli IFO;
- Vista la deliberazione n. 242 del 5 aprile 2018 di approvazione del Regolamento Aziendale per trasferte/missioni e del rimborso delle spese sostenute dal personale dipendente dell’Ente e successiva integrazione con Deliberazione n. 827 del 17/09/2019;

Vista	l'art. 1 comma 81 della Legge 207/2024 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. (24G00229);
Tenuto Presente	che, in esecuzione alla deliberazione n. 27 del 02/01/2025, è in corso di svolgimento il progetto finanziato dall'AIRC per un importo di € 162.000,00 dal titolo "hMENA isoforms as architects of lung tumor immune microenvironment and determinants of patient immunotherapy response ECM, CAFs and immune cells: Role in NSCLC progression and drug-resistance " Cod. 25/30/R/11, di cui è responsabile la Dr.ssa Paola Nistico';
Vista	la nota pervenuta al SAR con Prot. Folium n. 12987 del 05/09/2025, munita di parere favorevole del Direttore Scientifico IRE f.f, con la quale la Dr.ssa Paola Nistico chiede l'autorizzazione a partecipare al "3rd Pre-CICON Workshop on Tertiary Lymphoid Structures" e al "CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference (CICON 2025)" che avranno luogo a Utrecht (The Netherlands) nei giorni 8-12/09/2025;
Vista	la nota pervenuta al SAR con Prot. Folium n. 12981 del 05/09/2025, munita di parere favorevole del Direttore Scientifico IRE f.f, con la quale la Dr.ssa Paola Nistico è stata autorizzata a partecipare al "10 th ACC Annual Meeting – New Technologies and Strategies to Fight Cancer" che avrà luogo a Verona nei giorni 18-20/09/2025;
Tenuto presente	che la Dott.ssa Paola Nistico in data 30/09/2025 ha inoltrato la documentazione relativa al rimborso spese della missione di Utrecht inerente viaggio, taxi e vitto per un totale di Euro 283,64, come da allegato 1;
Tenuto presente	che la Dott.ssa Paola Nistico in data 30/09/2025 ha inoltrato la documentazione relativa al rimborso spese della missione di Verona inerente taxi e vitto per un totale di Euro 49,80, come da allegato 2;
Accertata	la regolarità della documentazione giustificativa prodotta dalla Dott.ssa Paola Nistico in data 30/09/2025 per entrambe le missioni;
Richiamata	la normativa sulle missioni, sul rimborso delle spese di vitto ed alloggio;
Premesso	che il personale di questo Ente effettua missioni per l'espletamento dei compiti d'istituto;
Accertato	che le stesse sono congrue e coerenti alle esigenze di servizio verificate dallo stesso scrivente Dirigente del SAR;
Preso atto	della comunicazione pervenuta dalla UOC Risorse Umane con Prot. 3414 del 03/03/2025 con oggetto "Spese di trasferta vitto e alloggio esenti IRPEF solo se sostenute con metodi tracciabili"

- Ritenuto** per le ragioni sopra indicate, potere liquidare le somme sostenute così come descritto nell'elenco riportato nella presente disposizione;
- Accertata** la disponibilità del fondo, cod. IFO 25/30/R/11, sul quale graverà la spesa;
- Precisato** che tutta la documentazione richiamata, e non allegata nella presente determinazione, è reperibile agli atti della UOSD SAR;
- Attestato** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

DETERMINA

Per i motivi di cui in narrativa che si tendono integralmente confermati di:

- 1) liquidare** al personale dipendente sotto elencato, in virtù della documentazione giustificativa prodotta agli atti della UOSD SAR, il rimborso delle spese sostenute come di seguito riportate effettuate nell'anno 2025:

Dipendente	Descrizio- ne	Luogo – Data	Dettaglio spesa	Metodo di pagamento	Importo
Dott.ssa Paola Nistico’ (Dirigente Medico IRE)	Missione	Utrecht 8-9/09/2025	Viaggio treno	elettronico	€ 24,80
			Taxi	elettronico	€ 85,00
			Vitto	elettronico	€ 173,84
			Totale 1		€ 283,64
	Missione	Verona 18-20/09/2025	Taxi	elettronico	€ 20,00
			Vitto	elettronico	€ 29,80
			Totale 2		€ 49,80
Totale 1+2					€ 333,44

- 2) precisare** che la spesa del presente provvedimento dovrà gravare sul fondo cod. IFO 25/30/R/11 di cui è responsabile la Dr.ssa Paola Nisticò.
Numero di conto: 502011496
- 3) trasmettere** la presente determinazione alla UOC Risorse umane per la corresponsione delle spese sostenute negli emolumenti del mese di competenza.
- 4) dare esecutività** immediata al presente atto con la pubblicazione dello stesso sul sito web aziendale.

Ai fini contabili, si segnala che l'importo da registrare sul fondo del progetto Cod. IFO 25/30/R/11 è di € 333,44 totali.

La UOSD Servizio Amministrativo Ricerca curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOSD Servizio Amministrativo Ricerca

Giovanna Evangelista

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Allegato

La sottoscritta__ Dott.ssa **PAOLA NISTICO'**, con qualifica **DIRIGENTE MEDICO IRE**
 Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 in caso di dichiarazioni
 mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle
 dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R. ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver sostenuto, per la Missione tenutasi a UTRECHT 9-13 Settembre 2025, le spese
 riconosciute come da prospetto sotto riportato:

RIMBORSO SPESE / MISSIONE

Cognome	NISTICO'
Nome	PAOLA
Cod. IFO	25/30/R/11
Centro di costo	3051250
Ente finanziatore	AIRC
Responsabile fondo	PAOLA NISTICO'
Luogo e data missione	UTRECHT 8-9 Settembre 2025

Tipologia contratto

DIRIGENTE MEDICO IRE

Metodo di pagamento

a) Iscrizione	Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
Congresso / corso	€ -		
Iscrizione		a)	€ -
b) Spese di viaggio	Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
Biglietto aereo	€ -		
Biglietto ferroviario	€ 24,80		X
Mezzo proprio (1/5 del costo di un litro per Km)	€ -		
Autostrada	€ -		
Mezzo pubblico	€ -		
Taxi (solo se non esiste il mezzo pubblico) VEDI DICHIARAZIONE	€ 85,00		X
c) Spese di soggiorno	Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
Albergo	€ -		
Vitto 4 (vedi dichiarazione)	€ 173,84		X
oltre 8 ore per 1 pasto max 22,21 €			
oltre 12 ore per 2 pasti max 44,27 €			
Spese di viaggio e di soggiorno		b)+c)	€ 283,64
d) Varie	Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
€ -			
€ -			
€ -			
Varie		d)	€ -
Totale			€ 283,64

TOTALE RIMBORSO SPESE / MISSIONE - € 283,64

NETTO da pagare - esclusa eventuale anticipo

€ 283,64

Firma del dichiarante

Dr.ssa Paola Nistico
 Responsabile UOSD
 "Immunologia e Immunoterapia dei Tumori"
 Istituto Nazionale Tumori Regina Elena



Autorizzazione al rimborso
 Firma del Responsabile dei Fondi

Dr.ssa Paola Nistico
 Responsabile UOSD
 "Immunologia e Immunoterapia dei Tumori"
 Istituto Nazionale Tumori Regina Elena



Pervenuta al
SAR il
30/9/25

Roma, **23/09/2025**

Prot. n. _____

Al Servizio Amministrativo Ricerca

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Con riferimento alla autorizzazione prot. N° **12987** del **5/9/2025** si trasmette, in allegato, la documentazione originale.

Cognome **NISTICO'**

Nome **PAOLA**

Strutturato ☒ indicare il livello **DIRIGENTE MEDICO IRE**

Co.Co.Co. ☐ periodo contratto: dal _____ al _____ Borsista ☐ dal _____ al _____

UOC/UOSD presso cui si presta servizio **UOSD IMMUNOLOGIA E IMMUNOTERAPIA DEI TUMORI**

Luogo e periodo della missione **UTRECHT (PAESI BASSI)** dal **08/09/2025** al **13/09/2025**

Responsabile fondo ricerca **DR.SSA PAOLA NISTICO'**

Ente finanziatore **AIRC**

Cod. IFO **25/30/R/11** Centro di Costo **3051250**

a) Iscrizione (allegare fatture / ricevute fiscali)

Iscrizione congresso € _____
TOTALE € _____

b) Spese di viaggio (allegare biglietti)

Biglietto aereo € _____
Biglietto ferroviario **A/R AEROPORTO DI AMSTERDAM-UTRECHT** € **24,80**
Mezzo proprio km _____ per € _____ (benzina / gasolio) € _____
1/10 del costo di un litro di benzina per ogni chilometro
Autostrada € _____
Mezzo pubblico (bus, metro, traghetto) € _____
TOTALE € **24,80**



c) Spese di soggiorno (allegare fatture / ricevute fiscali)

Albergo

Vitto n. 10 ricevute / scontrini fiscali

€ 36,14+11,05+35,30= 82,49

(PAGATO LA CENA DEL 10/9/2025 ANCHE PER LA DR.SSA TOCCI
E IL DR. D'AMBROSIO 30,45 X 3=91,37

91,37

• IN QUANTO IL RISTORATORE SI E' RIFIUTATO DI EFFETTUARE
SCONTRINI SINGOLI MA SOLO A GRUPPI DI TRE)

TOTALE € 173,86

e) Varie

Altro (specificare) **TAXI PER AEROP. FIUMICINO**..... € 60,00

TAXI UTRECHT

25,00

TOTALE € 85,00

TOTALE GENERALE (a + b + c + d + e) € 283,66

Indicare l'importo relativo all'eventuale anticipo ricevuto..... €

- Si dichiara che nella tassa di iscrizione al convegno sono compresi n. _____ pasti (solo per le missioni in Italia).

Firma del Richiedente

- Si dichiara di non aver percepito fondi o emolumenti da altri Enti.

Firma del Richiedente

Paola Lotti

- Si dichiara di **non avere usufruito di vitto e alloggio gratuito** e di essere partito/a da Roma il giorno **08/09/2025** alle ore **11:30** e di essere rientrato/a Roma il giorno **13/09/2025** alle ore **22:00**.

Firma del Richiedente

Paola Lotti

Firma del Direttore Scientifico

IL DIRETTORE SCIENTIFICO
Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"

[Signature]

Roma, 26/08/2025

Prot. n. _____

Alla Direzione Scientifica IRE / ISG

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE E ANTICIPO SPESECognome **NISTICO'** _____ Nome **PAOLA** _____Strutturato ☒ indicare il livello **DIRIGENTE MEDICO IRE** _____Co.Co.Co. ☐ periodo contratto: dal _____ al _____ Borsista ☐ dal _____ al _____Luogo e periodo della missione **Utrecht, The Netherlands** Dal **8/09/2025** al **13/09/2025** _____Responsabile fondo ricerca **DR.SSA PAOLA NISTICO'** _____Ente finanziatore **AIRC**Cod. IFO **24/30/R/11** _____ Centro di Costo **3051250** _____**TITOLO CONVEGNO Pre-Conference Program and CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference TRANSLATING SCIENCE INTO SURVIVAL****PERIODO** (indicare periodo comprensivo dei giorni di viaggio) **8-13 Settembre 2025** _____**IN QUALITA' Organizzatrice, Relatore e Moderatore** _____

Iscrizione € _____

-indicare se l'iscrizione comprende vitto e alloggio: ☐ SI ☐ NOBiglietto: aereo ☐ / ferroviario € _____

Mezzo proprio - indicare: km € _____

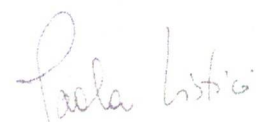
-indicare: targa _____ tipo di carburante _____

VITTO + TRASPORTI (taxi e trenino) € **300,00** _____**TOTALE € 300,00** _____

Si richiede l'anticipazione delle seguenti spese di missione (barrare le voci scelte):

spese di iscrizione ☐ spese di viaggio ☐ spese di soggiorno ☐Le spese di missione vengono pagate, offerte da un altro Ente / Società ☐ SI ☐ NO

Firma del Richiedente





Parere favorevole del Direttore, Primario, Responsabile

Parere favorevole del Direttore Sanitario

Parere favorevole del Direttore Scientifico

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

Dr.ssa Paola Nistico
Responsabile UOSD

Endocrinologia e Immunoterapia dei Tumori
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

N.B. La richiesta del rimborso dovrà pervenire direttamente al S.A.R. completo di tutta la documentazione giustificativa delle spese in originale (ricevute fiscali, fatture, attestato partecipazione, relazione evento). Tale documentazione è indispensabile a norma di legge per l'espletamento della pratica.



CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference **TRANSLATING SCIENCE INTO SURVIVAL**

Sept. 10-12, 2025 | Utrecht, The Netherlands

Pre-Conference Program: Sept. 9, 2025



Certificate of Attendance

We hereby confirm that

SIG.RA PAOLA NISTICÒ



attended the **CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference 2025** in
Utrecht, The Netherlands, Sept. 10-12, 2025.

Conference Co-Chairpersons:

Cornelis M. Melief, Leiden, The Netherlands

Özlem Türeci, Mainz, Germany

Nina Bhardwaj, New York, USA

Cassian Yee, Houston, USA

Presented by:



Congress organiser:

wikonect GmbH

Utrecht, Sept. 12, 2025



CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference TRANSLATING SCIENCE INTO SURVIVAL

Sept. 10-12, 2025 | Utrecht, The Netherlands

Pre-Conference Program: Sept. 9, 2025



Certificate of Attendance

We hereby confirm that

SIG.RA PAOLA NISTICÒ



attended the Preliminary Program of the CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference 2025 in Utrecht, The Netherlands.

3rd Pre-CICON Workshop - Tertiary Lymphoid Structures in the Era of Cancer Therapy

Date: Sept. 9, 2025

Presented by:



Congress organiser: wikonect GmbH

Utrecht, Sept. 9, 2025

Customer's receipt

881.215 Schiphol Airport

Station Schiphol Airport
Aankomst Passage 18
1118 AX Schiphol
(Luchthaven)

Merchant ref.:
KVA8812151757346286

Terminal: CT423405
Merchant: 9530306885

Period: 5251
Transaction: 00062465
Contactless payment
Token:
2004032206979745987

AMERICAN EXPRESS
(A000000025010801)
Card: 375258xxxxx1002
Card No: 00

PAYMENT
Date: 08/09/2025 17:45
Auth. code: 26

Total:
12.40 EUR

ACCEPTED

Totaal: 1 product EUR 12,40

625786

GEEN VERVOERBEWIJS NO TRAJNTICKET



Geldig op

08-09-2025

Klasse 2

Enkele reis

NS | Schiphol Airport
Utrecht Centraal

Check in en uit bij elke vervoerder.
Check in and out with every operator.

CIV

Prijs € 10,90

Toeslag € 1,50

030925 1715
00-0018-1967-0778

Customer's receipt

897.215 Utrecht Centraal

Station Utrecht Centraal
Stationshal 12
3511 CE Utrecht

Merchant ref.:
KVA8972151757752112

Terminal: CT404992
Merchant: 9530306976

Period: 5256
Transaction: 00048495
Contactless payment
Token:
2004031620079460597

AMERICAN EXPRESS
(A000000025010801)
Card: 375258xxxxx1002
Card No: 00

PAYMENT
Date: 13/09/2025 10:29
Auth. code: 76

Total:
9.60 EUR

ACCEPTED

Totaal: 1 product EUR 9,60

577502

GEEN VERVOERBEWIJS NO TRAJNTICKET



Geldig op

13-09-2025

Klasse 2

Enkele reis

NS | Utrecht Centraal
Amsterdam Amstel

Check in en uit bij elke vervoerder.
Check in and out with every operator.

CIV

Prijs € 8,10

Toeslag € 1,50

130925 1029
00-0018-1960-1031

RESTAURANT
DE ZAKKENDRA
Zakkendragerssteeg 2
3511 AA Utrecht

Totaal rekeni

Tafel 5

Aantal gasten: 10

1 x Fles Grillo
1 x La Chouffe
1 x Weizener
1 x Hertog Jan
1 x Vangst van de dag
3 x Runderbavette
1 x Spitskool
1 x Lamschouder
4 x Z-Baars
3 x Krieltjes
2 x Friet met truffelmayo
2 x Groene salade
1 x Groene salade
1 x Groene salade

Totaal €361,40
Btw laag €25,91
Btw hoog €8,27
21:55 08.09.25 Bediende 1 139
Kassa 2

Volg ons ook op Facebook.

Customer's receipt

RESTAURANT DE ZAKKENDRAGER

ZAKKENDRAAGERSSTEEG 26
3511 AA UTRECHT
030-2317578

Terminal: 51276114 Merchant: 21037692
Period: 1288 Transaction: 00004466
Token: 2003090807301780286
Contactless payment
MasterCard (A0000000041010)
Card: 525610xxxxx8267
Card Sequence Nr: 01

PAYMENT

08/09/2025 22:05 Auth. code: H06883

WORLDLINE.

Total: 36.14 EUR

APPROVED

€65,00
€24,95
€27,50
€107,80
€14,25
€9,90
€9,00
€4,50
€4,50

$361,40 : 10 = 36,14$



Catharijne Esplanade 10
3511WK Utrecht
tel: 030-7857058

REKENING Meenemen 48

09-09-2025 Kelner: Rayan
12:50 Tafel: TO GO

Omschrijving	Aantal	Prijs	Totaal
Plat Water	1 €	3,10	€ 3,10
Avocado	1 €	7,85	€ 7,85
SUP-bijdrage	1 €	0,10	€ 0,10

Totaal: € 11,05

BTW: € 0,91 (9,00%)
BTW totaal: € 0,91

www.bestel.bagelsbeans.nl

8/9/25

KARTOFFEL

Oude gracht aan de werf 145
3511 Al Utrecht
Info@kartoffel.nl
030-2381338

REKENING

Master -Keller 1-
9/10/25, 22:19:10

4 Pils. 0,3	4.00	16.00 B
3 Pils. 1/2	6.25	18.75 B
3 German IPA 1/2	9.00	27.00 A
1 Rode wijn. 0,25		6.75 B
1 German IPA 0,3		6.00 A
12 Groepsmenu	23.50	282.00 E
€23,50		
2 Rösti	4.50	9.00 E

tarief #	Subtotaal	BTW	totaal
0.00% D	0.00	0.00	0.00
9.00% A	30.28	2.72	33.00
9.00% E	266.97	24.03	291.00
21.00% B	34.30	7.20	41.50
totaal	331.55	33.95	365.50

Totaal: €365.50

Wenn du trinkst, stirbst du.
wenn du nicht trinkst, stirbst du auch,
also trinkst du.

www.waiterone.net

Betaling

Kopie Kaarthouder

Terminal: CT612719 Merchant: 8517592127
Periode: 5254 Transactie: 00043641
Token: 2004031679526753681
Contactloze betaling
AMERICAN EXPRESS (A0000000250/0801)
Kaart: 375258xxxx1002
Kaartnr: 00

BETALING
10/09/2025 22:40

Auth. code: 28

Totaal: 91,37 EUR
Met PIN gevalideerd

AKKOORD

IMPORTO &
3 RASTI
- NISTICO P
- TOCCA
- D'AMBROSIO L.
TOT: 91,37
pageti delle
DR.SSA
NISTICO

Le Bibelot

Oudegracht 181

3511 NE UTRECHT

Tel.030 231 33 53

www.lebibelot.nl

Totaal rekening

Tafel 9

2 x spa blauw 75cl	11,00
2 x spa rood 75cl	12,40
1 x Quiche Aquitaine (Vega)	10,90
2 x Moules Grillées Mornay	21,80
1 x Salade Bibelot (Vega)	11,90
1 x Paté du Jour	10,90
1 x Quiche Aquitaine (Vega)	10,90
1 x Steak au Poivre	23,90
1 x Boeuf Bourguignon	21,90
1 x Caille Grillée	23,90
1 x Filet de Boeuf Stroganof	23,90
1 x Sébaste a la Nicoise	21,90
1 x Légumes Bibelot	19,90
1 x Filet de Saumon	21,90

Totaal 247,10

Btw laag 20,40

20:27 12.09.25 Manager 18 Mgr 67

Kassa 1

Bedankt voor uw bezoek en graag
tot een volgende keer.

Customer's receipt

Le Bibelot

Oudegracht 181
3511 NE UTRECHT

Terminal: CT696951 Merchant: 21986162
Period: 5255 Transaction: 00008698
Token: 2003031726334554496
Contactless payment
MasterCard (A0000000041010)
Card: 525610xxxxxx8267
Card Sequence Nr: 01

PAYMENT

12/09/2025 21:35 Auth. code: H48484

Total: 35,30 EUR

APPROVED

247,10 : 7 = 35,30



ROMA CAPITALE

LICENZA TAXI N. 7538

NOMINATIVO DEL CONDUCENTE

PERCORSO DA PAVONE

A FCO

DATA 8/9/25

ORA DI PARTENZA

ORA DI ARRIVO

TARIFFA TASSAMETRICA

IMPORTO TASSAMETRO €

sconto del 10% nei casi previsti €

SUPPLEMENTI

BAGAGLI

€ 1,00 dal secondo bagaglio
di dimensioni superiori a cm 35X25X50 €

PASSEGGERI

€ 1,00 per passeggero dal quinto in poi €

DIRITTO DI CHIAMATA DA RADIOTAXI

€ 3,50 €

TOTALE €

TARIFFA PREDETERMINATA

FIRMA [Signature] 60,90

Opstaprit AE Taxiservices

Datum : 08-09-2025

Begin tijd : 19:05

Eind tijd : 19:05

Ritnummer : 0

Klant : Klant 5

Van :

lat. 52.0923165

lon. 5.1124355

Naar :

lat. 52.0923185

lon. 5.1124352

Afstand : 0.0 km

Tijdsduur : 00:00:02

Bedrag : EUR 25.00

Te betalen bedrag : EUR 25.00

inclusief 9% BTW

Betaald: Pin

Wagen : 5-ZKB-57

Id nr : 29934

Wij rijden volgens de algemene
voorwaarden voor taxivervoer van
het KNV.

Registratienr: P126078

**IRE**

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI

REGINA ELENA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Roma 23 Settembre 2025

Alla Direzione Scientifica IRE

Sede

Nei giorni 8-13 Settembre ho partecipato al Pre-Conference Program and CRI-ENCI Ninth International Cancer Immunotherapy Conference Translating Science into Survival che si è svolto a Utrecht in qualità di organizzatore workshop, relatore e moderatore.

Dr.ssa Paola Nistico'

UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori – Area Dipartimentale Funzionale di Ricerca Traslazionale
Dipartimento della Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica

Via Elio Chianesi 53 - 00144 Roma Via Elio Chianesi 53 - 00144 Roma - Tel. +39 06 5266 2539 - segr. 5301
paola.nistico@ifo.it www.ifo.it

Roma, 23 Settembre 2025

Alla Direzione Scientifica IRE

Sede

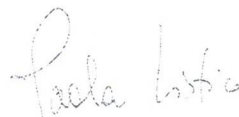
Al SAR – IFO

Sede

In riferimento alla richiesta di rimborso spese taxi, si fa presente che la sottoscritta è affetta da sindrome del distretto toracico pertanto è costretta per gli spostamenti in città all'uso di tale mezzo di trasporto (vedi certificato medico già agli atti di questa amministrazione).

In fede

Dr.ssa Paola Nistico'



Dr. CARLO BIANCHI
Spec. Medicina Interna
Via Novara 8/B
00198 Roma (RM)
Tel. 0644202245

Assistito

NISTICO' PAOLA

Vicolo Delle Palline, 7 - ROMA (RM)

Codice Fiscale: NSTPLA58L70C352T



QUESITO DIAGNOSTICO: ESITI TROMBOSI VENA SUCCLAVIA DX

Prescrizione:

CERTIFICO CHE LA PAZIENTE AFFETTA DA ESITI DI FLEBO-TROMBOSI DELLA VENA SUCCLAVIA DX DEVE EVITARE DI SOTTOPORRE L'ARTO SUPERIORE DX A SFORZI FISICI DI OGNI TIPO. SI RILASCI PER GLI USI DI LEGGE.

Roma, 13/09/2018

Firma
Dott. CARLO BIANCHI
591924 ROMA

La sottoscritta___ Dott.ssa **PAOLA NISTICO'**, con qualifica **DIRIGENTE MEDICO IRE**
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R. ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver sostenuto, per la Missione tenutasi a VERONA 18-20 Settembre 2025, le spese riconosciute come da prospetto sotto riportato:

RIMBORSO SPESE / MISSIONE

Cognome	NISTICO'
Nome	PAOLA
Cod. IFO	25/30/R/11
Centro di costo	3051250
Ente finanziatore	AIRC
Responsabile fondo	PAOLA NISTICO'
Luogo e data missione	VERONA 18-20 Settembre 2025

Tipologia contratto DIRIGENTE MEDICO IRE

		Metodo di pagamento		
		Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
a) Iscrizione	€ -			
Congresso / corso	€ -			
Iscrizione		a)		€ -
b) Spese di viaggio		Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
Biglietto aereo	€ -			
Biglietto ferroviario	€ -			
Mezzo proprio (1/5 del costo di un litro per Km)	€ -			
Autostrada	€ -			
Mezzo pubblico	€ -			
Taxi (solo se non esiste il mezzo pubblico) VEDI DICHIARAZIONE	€ 20,00			X
c) Spese di soggiorno		Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
Albergo	€ -			
Vitto 2	€ 29,80			X
oltre 8 ore per 1 pasto max 22,21 €				
oltre 12 ore per 2 pasti max 44,27 €				
Spese di viaggio e di soggiorno		b)+c)		€ 49,80
d) Varie		Contanti	Bonifico	C. Debito/Credito/Prep.
	€ -			
	€ -			
	€ -			
Varie		d)		€ -
		Totale		€ 49,80

TOTALE RIMBORSO SPESE / MISSIONE · € 49,80

NETTO da pagare - esclusa eventuale anticipo € 49,80

Firma del dichiarante

Dr.ssa Paola Nistico
Responsabile UOSD
"Immunologia e Immunoterapia dei Tumori"
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena



Autorizzazione al rimborso
Firma del Responsabile dei Fondi

Dr.ssa Paola Nistico
Responsabile UOSD
"Immunologia e Immunoterapia dei Tumori"
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena



Pervenuta al
SAR il 30/9/25

Roma, 23/09/2025

Prot. n. _____

Al Servizio Amministrativo Ricerca

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Con riferimento alla autorizzazione prot. N°12981 del 5/9/2025 si trasmette, in allegato, la documentazione originale.

Cognome **NISTICO'**

Nome **PAOLA**

Strutturato ☒ indicare il livello **DIRIGENTE MEDICO IRE**

Co.Co.Ge. ☐ periodo contratto: dal _____ al _____ Borsista ☐ dal _____ al _____

UOC/UOSD presso cui si presta servizio **UOSD IMMUNOLOGIA E IMMUNOTERAPIA DEI TUMORI**

Luogo e periodo della missione **VERONA** dal **18/09/2025** al **20/09/2025**

Responsabile fondo ricerca **DR.SSA PAOLA NISTICO'**

Ente finanziatore **AIRC**

Cod. IFO **25/30/R/11** Centro di Costo **3051250**

a) Iscrizione (allegare fatture / ricevute fiscali)

Iscrizione congresso..... € _____
TOTALE € _____

b) Spese di viaggio (allegare biglietti)

Biglietto aereo..... € _____
€ _____
Biglietto ferroviario..... € _____
€ _____
Mezzo proprio km _____ per € _____ (benzina / gasolio)..... € _____
costo di un litro di benzina per ogni chilometro
Autostrada..... € _____
Mezzo pubblico (bus, metro, traghetto)..... € _____
€ _____
TOTALE € _____

c) Spese di soggiorno (allegare fatture / ricevute fiscali)

Albergo

€

Vitto n. 2 ricevute / scontrini fiscali

€ 13,40+16,40= 29,80

TOTALE € 29,80

e) Varie

Altro (specificare) **TAXI PER STAZIONE**

€ 20,00

TOTALE € 20,00

TOTALE GENERALE (a + b + c + d + e) € 49,80

Indicare l'importo relativo all'eventuale anticipo ricevuto €

- Si dichiara che nella tassa di iscrizione al convegno sono compresi n. _____ pasti (solo per le missioni in Italia).

Firma del Richiedente

- Si dichiara di non aver percepito fondi o emolumenti da altri Enti.

Firma del Richiedente

- Si dichiara di **non avere usufruito di vitto e alloggio gratuito** e di essere partito/a da Roma il giorno **18/09/2025** alle ore **8:30** e di essere rientrato/a Roma il giorno **20/09/2025** alle ore **21:00**.

Firma del Richiedente

Firma del Direttore Scientifico

IL DIRETTORE SCIENTIFICO
Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"



Roma, 1/9/2025

Prot. n. _____

Alla Direzione Scientifica IRE / ISG

RICHIEDA AUTORIZZAZIONE MISSIONE E ANTICIPO SPESE

Cognome NISTICO'	Nome PAOLA
Strutturato ☒	indicare il livello DIRIGENTE MEDICO IRE
Co.Co.Co. ☐	periodo contratto: dal _____ al _____ Borsista ☐ dal _____ al _____
Luogo e periodo della missione VERONA Dal 18/092025 al 20/09/2025	
Responsabile fondo ricerca DR.SSA PAOLA NISTICO'	
Ente finanziatore AIRC	
Cod. IFO 24/30/R/11	Centro di Costo 3051250

TITOLO CONVEGNO 10TH ANNUAL MEETING NEW TECHNOLOGIES AND STRATEGIES TO FIGHT CANCER

PERIODO (indicare periodo comprensivo dei giorni di viaggio) **18-20 Settembre 2025**
IN QUALITA' MEMBRO SCIENTIFIC COMMITTEE, FACULTY E MODERATORE

Iscrizione	€
indicare se l'iscrizione comprende vitto e alloggio: ☒ SI ☐ NO	
Biglietto: aereo ☐ / ferroviario	€
Mezzo proprio - indicare: km	€
indicare: targa _____ tipo di carburante _____	
VITTO + TRASPORTI (taxi)	€ 150,00
TOTALE € 150,00	

Si richiede l'anticipazione delle seguenti spese di missione (barrare le voci scelte):

 spese di iscrizione ☐ spese di viaggio ☐ spese di soggiorno ☐

 Le spese di missione vengono pagate, offerte da un altro Ente / Società ☒ SI ☐ NO

Firma del Richiedente



Parere favorevole del Direttore, Primario, Responsabile

Parere favorevole del Direttore Sanitario _____

Parere favorevole del Direttore Scientifico _____

Dr.ssa Paola Nisticò
Responsabile UOSO

Immunologia e Immunoterapia dei Tumori
Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"

IL DIRETTORE SCIENTIFICO F.F.
Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"

N.B. La richiesta del rimborso dovrà pervenire direttamente al S.A.R. completo di tutta la documentazione giustificativa delle spese in originale (ricevute fiscali, fatture, attestato partecipazione, relazione evento). Tale documentazione è indispensabile a norma di legge per l'espletamento della pratica.

WORLDLINE 

VERONA
MASTERCARD
OMNIMON CLESS

ACQUISTO

BOTTEGA & TAVOLA

VIA F. BERNI VERONA

Eser. 000102458750431

A.I.I.C. 000000000078

DATA 18/09/25 ORA 14:35

TML 40347014 STAN 005109

Mod. Online CTLS ICC

PAN: *****8267

EXP: **** PanSeqN: 001

AUT. 133180 OPER. 005176

Mastercard contactless

A.ID A0000000041010 APPL MasterCard

ATC 00B5 TCC 300 TT 00TrCC 978 UN 50121414

TYR 0000000001 A.R.Q.C.E819154E7D6F2C54

IAD0110A0400522000000000000000000000FF

IMPORTO € 13,40

TRANSAZIONE APPROVATA

ARRIVEDERCI E GRAZIE
NO CVM



BOTTEGA & TAVOLA

di Giovanni Paola

BOTTEGA & TAVOLA

di Giovanni Paola

VIA F. BERNI 1

VERONA (VR)

P. IVA 04657210233

DOCUMENTO COMMERCIALE
di vendita o prestazione

DESCRIZIONI

PREZZO IVA

PASTO COMPLETO

13.40 B

SUBTOTALE

13.40

M.72232 00.1

Soppalco 101

SOPPALCO

TOTALE COMPLESSIVO

13.40

DI CUI IVA

1.22

PAGAMENTO ELETTRONICO

13.40

IMPORTO PAGATO

13.40

B: IVA 10.00%

18/09/25 14:35

DOC. 1195 00.1

AN/ 1195/X053545

18/9/2025

WORLDLINE 

VERONA
MASTERCARD
OMNIMON CLESS

ACQUISTO

BOTTEGA & TAVOLA

VIA F. BERNI VERONA

Eser. 000102458750431

A.I.I.C. 000000000078

DATA 20/09/25 ORA 13:51

TML 40347014 STAN 005190

Mod. Online CTLS ICC

PAN: *****8267

EXP: **** PanSeqN: 001

AUT. H81059 OPER. 005257

Mastercard contactless

A.ID A000000041010 APPL MasterCard

ATC 0006 TCC 300 TT 00TrCC 978 UN DCD3DDAF

TVR 0000000001 A.R.Q.C. 05963BEE814A0E27

IADP 10A040052200000000000000000000000FF

IMPORTO € 16,40

TRANSAZIONE APPROVATA

ARRIVEDERCI E GRAZIE
PIN VERIFIED

20/9/2025



BOTTEGA & TAVOLA

DI CORTI PALAZZINA

BOTTEGA & TAVOLA

di Ziviani Paola

VIA F. BERNI 1

VERONA (VR)

P. IVA 04857210233

DOCUMENTO COMMERCIALE
di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	PREZZO(€) IVA
VERDURE GRILL	12,00 B
ACQUA NATURALE 0.75	3,00 B
DECAFFEINATO	1,40 B
SUBTOTALE	16,40
M.72337 Op.1	
Tavolo 4	
INTERNO	
TOTALE COMPLESSIVO	16,40
DI CUI IVA	1,49
PAGAMENTO ELETTRONICO	16,40
IMPORTO PAGATO	16,40

B: IVA 10,00%

20/09/25 13:51

DOC.1198-0030

RT 1BMPX053515



RADIOTAXI RN 68

ROMA ITALY
TID: 80282791 MID: 0000000011875269
DATA: 18/09/25 ORA: 09:34:37

AMERICAN EXPRESS
AMERICAN EXPRESS

CARTA N: XXXX-XXXX-XXXX-1002 (C)
PAOLA NISTICO
CARTA LETTA

PAGAMENTO
IMPORTO 20.00 EUR

VERIFICATA TRAMITE PIN
FIRMA NON RICHIESTA

APPROVATA/STAN 000496/CODICE DI
AUTORIZZAZIONE 802420/RRN
526107/32852/AID
A000000025010801

ACCETTO LA TRANSAZIONE
CONSERVA LA RICEVUTA

COPIA CLIENTE

GRAZIE!

ROMA	
LICENZA TAXI N.	42 MO
TAXI LICENSE N.	
NOMINATIVO DEL CONDUCENTE	
DRIVER'S NAME	
PERCORSO DA	
ROUTE FROM	
A	
Ai	
DATA	18/09/2025
DATE	
ORA DI PARTENZA	
DEPARTURE TIME	
ORA DI ARRIVO	
ARRIVAL TIME	
TARIFA TASSAMETRICA	
TAXIMETER FARE	
IMPORTO TASSAMETRO	€
TAXIMETER AMOUNT	€
sconto del 10% nei casi previsti	€
10% discount in the cases provided	€
sconto del 15% nei casi previsti	€
15% discount in cases provided	€
SUPPLEMENTI	
SUPPLEMENTS	
BAGAGLI	
LUGGAGE	
€ 1,00 dal secondo bagaglio	€
di dimensioni superiori a cm 35x25x50	
€ 1,00 from the second bag larger	
than 35x25x50 cm.	
PASSEGGIERI	
PASSENGERS	
€ 5,00 per passeggero dal quinto in poi	€
€ 5,00 for passenger from the fifth onwards	
TOTALE/TOTAL	€ 20,00
TARIFA PREDETERMINATA	€
FIXED FARE	
FIRMA	
SIGNATURE	
La ricevuta deve essere compilata in tutte le sezioni. The receipt must be completed in all its parts.	



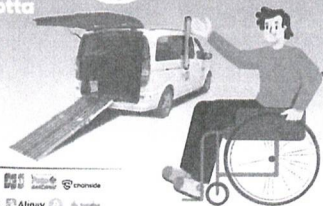
MUOVERSI in libertà

La prima flotta taxi
destinata al trasporto
delle persone
con disabilità
o con mobilità ridotta

CHIAMA IL 06 3570
FORNISCI TIPOLOGIA
E MISURE DELLA CARROZZINA
L'OPERATORE SI OCCUPERA'
DI PRENOTARE IL MEZZO
PIÙ ADATTO ALLE TUE
ESIGENZE

www.3570.it/servizio-accessibile

POS A BORDO
VISA
Masterpay
Pay
Alipay
Apple Pay



TAXI
ROMA

**IRE**

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI

REGINA ELENA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Roma 23 Settembre 2025

Alla Direzione Scientifica IRE

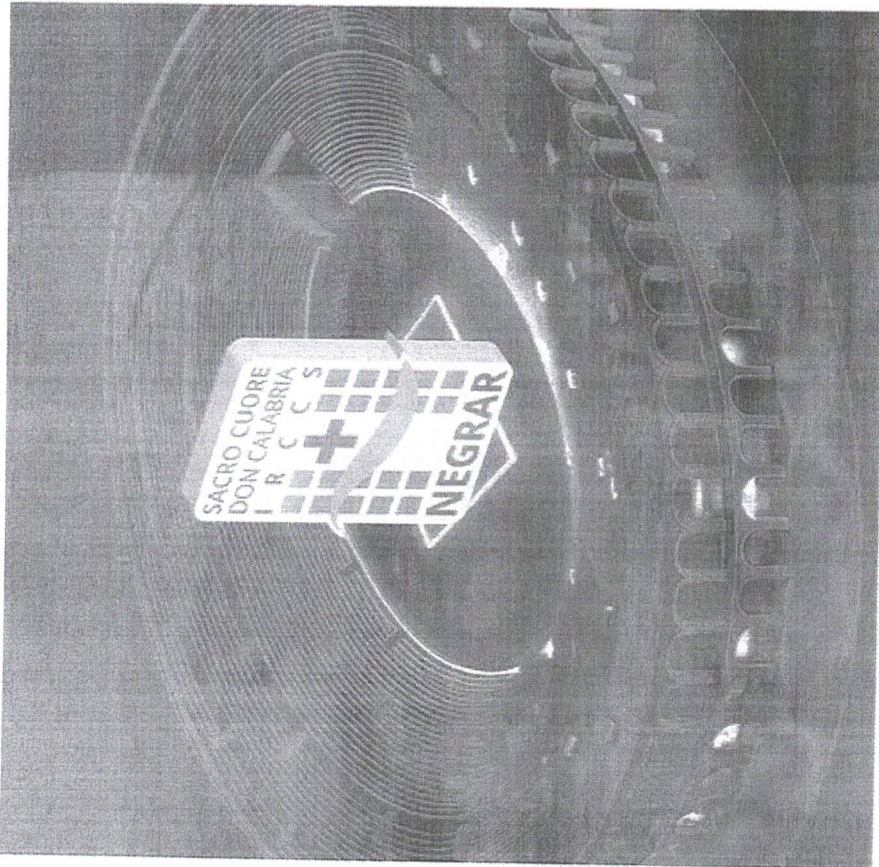
Sede

Nei giorni 18-20 Settembre ho partecipato al 10th Annual Meeting Alleanza Contro il Cancro (ACC) "*NEW TECHNOLOGIES AND STRATEGIES TO FIGHT CANCER*", che si è svolto a Verona presso la Camera di Commercio in qualità di membro della Scientific Committee, Faculty e Moderatore nella sessione *CANCER IMMUNOLOGY: MECHANISMS AND THERAPIES* del 19 Settembre 2025 con il Dr. Vincenzo Bronte.

Dr.ssa Paola Nistico'

UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori – Area Dipartimentale Funzionale di Ricerca Traslazionale
Dipartimento della Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica

Via Elio Chianesi 53 - 00144 Roma Via Elio Chianesi 53 - 00144 Roma - Tel. +39 06 5266 2539 - segr. 5301
paola.nistico@ifc.it www.ifc.it



10TH ANNUAL MEETING

**NEW TECHNOLOGIES
AND STRATEGIES
TO FIGHT CANCER**

VERONA

September 18-20, 2025



**ALLIANCE
AGAINST
CANCER**

PARTICIPATION CERTIFICATE

the Professor / the Doctor

Dott.ssa Paola Nisticò

has attended the

**10TH ACC ANNUAL MEETING
NEW TECHNOLOGIES AND STRATEGIES
TO FIGHT CANCER**

Ruggero De Maria
President Alliance Against Cancer

Stefania Gori

Director of the Oncology Department
and Medical Oncology
IRCCS Sacro Cuore Don Calabria Hospital

Wm R. De

Stefania Gori



IRE

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI

REGINA ELENA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Roma, 23 Settembre 2025

Alla Direzione Scientifica IRE

Sede

Al SAR – IFO

Sede

In riferimento alla richiesta di rimborso spese taxi, si fa presente che la sottoscritta è affetta da sindrome del distretto toracico pertanto è costretta per gli spostamenti in città all'uso di tale mezzo di trasporto (vedi certificato medico già agli atti di questa amministrazione).

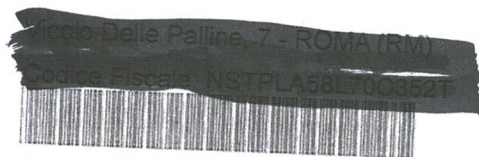
In fede

Dr.ssa Paola Nistico'

Dr. CARLO BIANCHI
Spec. *Medicina Interna*
Via Novara 8/B
00198 Roma (RM)
Tel. 0644202245

Assistito

NISTICO' PAOLA



QUESITO DIAGNOSTICO: ESITI TROMBOSI VENA SUCCLAVIA DX

Prescrizione:

CERTIFICO CHE LA PAZIENTE AFFETTA DA ESITI DI FLEBO-TROMBOSI DELLA VENA SUCCLAVIA DX DEVE EVITARE DI SOTTOPORRE L'ARTO SUPERIORE DX A SFORZI FISICI DI OGNI TIPO. SI RILASCI PER GLI USI DI LEGGE.

Roma, 13/09/2018

Firma
Dott. CARLO BIANCHI
591924 ROMA
