

# AL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DELEGATO DEL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA CLINICA E SALUTE

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE**

Prot. n………….…del………………………….

Il/La sottoscritt…………………………………………………..nat.. a………………………………………….

il………………………..cod.fisc. …………………………………residente……………………………………………...

domiciliato…………………………………………………….qualifica… , dichiara

di aver iniziato la missione a………………………………………………….alle ore…….. del giorno e

terminata il giorno………………… alle ore… e pertanto, richiede il rimborso delle seguenti spese:

**Spese di alloggio.** Allega regolare fattura/ricevuta fiscale/prenotazione on line allegare: stampa di prenotazione e documento di addebito sulla carta di credito e dalla ricevuta rilasciata dalla struttura attestante il check-in ed il check- out.

n.……………….. € ………………………….. rilasciata dall’albergo…………………..

n…………………€…………………………….rilasciata dall’albergo…………………..

n…………………€…………………………….rilasciata dall’albergo…………………..

n…………………€……….. …………………..rilasciata da residence o appartamento………..

**Spese di vitto.** Allega regolare fattura/ricevuta fiscale/scontrino pasto:

n. ………………...di €. ………………………rilasciata da…………………………

n………………….di €………………………..rilasciata da……………

n………………….di €………………………..rilasciata da……………

n………………….di €………………………..rilasciata da……………

n………………….di €………………………..rilasciata da……………

n………………….di €………………………..rilasciata da……………

# Spese di viaggio e trasporto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Da | A | A | Aereo | € |
|  |  |  | Nave |  |
| Da | A | A | Treno | € |
| Da | A | A | Autobusurbani/extraurbani/metro | € |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Da | A | A | Navetta, transfer,carsharing |  |
| Da | A | A | Taxi | € |
| Da | A | A | Mezzo noleggiato (fattura noleggiatore),acquisto carburante, parcheggi/garage | € |
| Da | A | A | Mezzo proprio | Km. |
| Da | A | a | Pedaggio autostradale, spese di parcheggio o garage*(solo in caso di uso mezzo proprio)* | € |

**Spese complementari su presentazione di regolari ricevute:**

|  |  |
| --- | --- |
| spese di prenotazione dell’agenzia di viaggi, dei diritti di agenzia relativi al biglietto aereo, al treno e ai servizialberghieri | € |
| Visti consolari e spese di intermediazione | € |
| Deposito bagagli | € |
| Fotocopie, stampe, poster e fax | € |
| Spese telefoniche e di trasmissione dati | € |
| Mance, quando obbligatorie, purchè dettagliate neigiustificativi di spesa | € |
| Tasse di soggiorno | € |
| Assicurazione sanitaria a copertura delle spese mediche,farmaceutiche e ospedaliere nei paesi extra UE | € |
| Spese per vaccinazioni obbligatorie e spese farmaceuticheper profilassi | € |
| Spese per assicurazione sulla vita, in caso di uso del mezzo aereo, nei limiti previsti dalla legge. | € |

# ISCRIZIONE A CONGRESSI/CONVEGNI/CORSI

Il sottoscritto dichiara di aver pagato la quota di iscrizione di €………………

NO SI

* □ e di produrre fattura quietanziata

ricevuta quietanziata rilasciata dalla segreteria organizzativa

* + non comprensiva di vitto e alloggio
	+ comprensiva di vitto e alloggio
	+ comprensiva di solo vitto
	+ comprensiva di solo alloggio

Il sottoscritto dichiara

* di aver presentato per il rimborso tutti i documenti in originale (ovvero in formato analogico/cartaceo o informatico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 e successive integrazioni e modificazioni) privi di alterazioni.
* che i sopra elencati giustificativi di spesa non sono stati presentati per il rimborso ad altro Ente.
* di aver presentato la richiesta di rimborso spese entro i 6 mesi successivi alla conclusione della missione cui la stessa si riferisce e comunque entro l’esercizio finanziario.

Firma………………………….

# Trattamento alternativo di missione all’estero (art. 13 Regolamento missioni):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulteriore quota di rimborso *(in alternativa al**rimborso documenatto)* |  |  |  | € |

La liquidazione del trattamento alternativo è subordinata all’attestazione dell’avvenuto svolgimento della missione mediante autocertificazione redatta dall’interessato.

# Anticipazione di missione (art. 14 Regolamento missioni):

Il sottoscritto dichiara di essere stato autorizzato e di aver ricevuto l’anticipazione di missione pari ad Euro e che

ha consegnato la documentazione completa entro 30 giorni dall’effettuazione della stessa.

Ovvero nel caso in cui l’importo dell’anticipo è superiore alle spese effettivamente sostenute, di aver provveduto alla restituzione della differenza entro 10 giorni dalla data di rientro.

Il conto corrente per la liquidazione è da intendersi presso:

banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

BIC/SWIFT *(da compilare in caso di conto estero)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

La missione stessa graverà sui fondi……………………………………….di cui è titolare……………………..

………………………………….. ………………………………… Firma di chi effettua la missione Firma del responsabile dei fondi

# VISTO

Il Responsabile Amministrativo Delegato

……………………………………….