



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: Prof. Enrico Fiori

N.Prot.....

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

..I...sottoscritt..... Qualifica

In servizio presso il Dipartimento di **Chirurgia**

e-mail..... Telefono.....

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza.....

Domicilio.....

chiede la liquidazione delle spese della missione effettuata a.....

iniziata alle ore del e terminata alle ore del

e a tal fine allega i seguenti documenti di spesa in originale e intestati all'interessato:

Spese di pernottamento n..... ricevute per un totale di €.....

Spese per i pasti n..... ricevute per un totale di €.....

Altre spese.....per un totale di €.....

Spese di viaggio:

Da..... a..... a.....aereo €.....

Da..... a..... a.....treno €.....

Da..... a..... a.....nave €.....

Da..... a..... a.....mezzi di linea urbani €.....

Da..... a..... a.....mezzi di linea extraurbani €.....

Da..... a..... a.....mezzo proprio Km..... €.....

Pedaggi autostradali, parcheggio, garage ricevute n..... €.....

TAXI ricevute n..... €.....

TOTALE GENERALE SPESE €.....

Dichiara di aver pagato una quota iscrizione **NO** [] **SI** []

In caso affermativo si allega la ricevuta per un totale di €.....

Precisando ai sensi dell'art. 7 c.3 lettere a) c) d) del Regolamento Missioni, che la quota è:

[] non comprensiva di vitto e alloggio [] comprensiva di vitto e alloggio

[] comprensiva di solo vitto [] comprensiva di solo alloggio



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: Prof. Enrico Fiori

Ai fini della liquidazione della missione, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto un'anticipazione di

€ da detrarsi dal rimborso complessivo.

I giustificativi di spesa per i quali si chiede il rimborso non sono stati presentati ad altro Ente allo stesso scopo art. 6 c.1 (Regolamento Missioni).

Dichiara, inoltre,
.....

Chiede che le competenze spettanti per la missione in oggetto, siano:

accreditate come da coordinate stipendiali

accreditate presso Banca - Istituto.....

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Paese	Cin IBAN	Cin BBAN	ABI	CAB	n. conto corrente															

riscuotibili presso lo sportello dell'Istituto Cassiere

..I...sottoscritt.....

Dichiara di aver ripreso regolarmente servizio il

.....
(Firma di chi ha effettuato la missione)

La missione grava sui fondi.....di cui è titolare

.....
(nome e cognome in stampatello)

.....
(Firma di chi ha autorizzato la missione)

.....
(Firma del titolare dei fondi)

.....
(Firma del coordinatore del dottorato)

.....
(Firma del direttore della scuola di specializzazione)

.....
(Autorizzazione del Direttore del Dipartimento)

N.B.: Ai sensi dell'art. 6 c.4) del Regolamento Missioni la presentazione della richiesta di rimborso spese deve avvenire entro i 6 mesi successivi alla conclusione della missione stessa.