



Prot.....del.....

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE

Al Responsabile Amministrativo Delegato
del Dipartimento di Medicina Clinica e
Molecolare

Il/La sottoscritt..... matricola.....
qualificaresidente a
via/piazzan°.....
chiede la liquidazione delle spese della missione effettuata a
iniziata il giorno..... alle ore..... e terminata il alle ore.....
per un importo complessivo di €

A tal fine allega i seguenti documenti di spesa in originale e intestati al richiedente:

SPESE DI VIAGGIO

Aereo €

Treno €

Mezzi di linea urbani €

Mezzi di linea extra urbani €

Taxi €

Mezzo proprio daa Km.....

(allegare e-mail di conferma dell'inserimento del chilometraggio nel modulo on-line "[Conferma chilometraggio](#)")

Pedaggi autostradali, parcheggio €

SPESE DI PERNOTTAMENTO €

SPESE PER PASTI €

ALTRE SPESE (specificare il tipo di spesa) €



ISCRIZIONE A CONGRESSO

Dichiara di aver pagato una quota di iscrizione per partecipazione a congresso/convegno pari ad € di produrne ricevuta in originale e copia dell'attestato di partecipazione precisando ai sensi dell'art. 11 c. 3 lettera a) c) d) e) del Regolamento Missioni, che la quota:

- non è comprensiva di vitto e alloggio
- comprensiva di vitto e alloggio
- comprensiva di solo vitto
- comprensiva di solo alloggio

Dichiara inoltre che i giustificativi di spesa per i quali si chiede il rimborso non sono stati presentati ad altro Ente allo stesso scopo art. 10 c.1 del Regolamento Missioni e di aver ripreso regolarmente servizio il giorno

Data.....

Firma del richiedente

.....

PARTE RISERVATA AL TITOLARE DEL FONDO SU CUI GRAVA LA SPESA

La missione graverà sui fondi del progettodi cui è titolare

- il/la sottoscritto/a oppure il/la prof.

Firma del titolare dei fondi

Il Responsabile Amministrativo Delegato

.....

.....