



Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico Chirurgiche e
Medicina Traslazionale
SEDE

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PERSONALE NON DIPENDENTE DIPENDENTE
(DOTTORANDO, SPECIALIZZANDO, ASSEGNISTA DI RICERCA, STUDENTE)**

(da consegnare alla Segreteria del Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale)

..I...sottoscritt.....Tipologia rapporto

In collaborazione con la struttura

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 urbani €.....

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 €.....



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 presso Banca - Istituto.....

Codice IBAN:

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

[] riscuotibili presso lo sportello dell'Istituto Cassiere

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

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

Il
(Ruolo, Nome e Cognome)

.....
(Firma del Responsabile dei Fondi)

.....
(Firma del Direttore del Dipartimento)

Per avvenuta verifica della disponibilità dei fondi su cui graverà la missione

.....

Il RAD

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.