



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

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PERSONALE DOCENTE

..I...sottoscritt..... Ruolo Docente In
servizio presso 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:

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 €.....

