DIPARTIMENTO DI
SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE
E DI MEDICINA TRASLAZIONALE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Prot. _____

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

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PERSONALE DOCENTE

..l…sottoscritt…… Ruolo Docente …….. In servizio presso ……..…..…….

email……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 €……..

DIPARTIMENTO DI
SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE
E DI MEDICINA TRASLAZIONALE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Precisando ai sensi dell'art. 7 c.3 lettere 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

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).

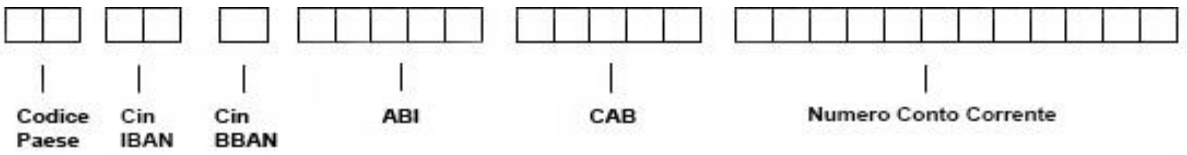
Dichiara, inoltre, ……..

……

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

[ ] accreditate presso Banca - Istituto……..

Codice IBAN:

[ ] 

riscuotibili presso lo sportello dell'Istituto Cassiere

..l…sottoscritt……...

Dichiara di aver ripreso regolarmente servizio il ……..……

……..……..…….

(Firma di chi ha effettuato la missione)

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

Il ……..…….…

..…….. ……..…….

(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.