



DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE

Prot. n. del

Al Responsabile Amministrativo
Delegato del Dipartimento di
Medicina Clinica e Molecolare

Il/La sottoscritt..... nat... a.....
il.....cod. fisc.residente a

In via/piazza domiciliato (qualora non coincida con la
residenza) a.....in via.....
qualifica..... cellulare

e-mail

dichiara di aver iniziato la missione a..... il giorno..... alle ore.....
e terminata il giorno..... alle ore..... e pertanto richiede il rimborso di euro.....
per le seguenti spese:

ALLOGGIO. Allega regolare fattura/ricevuta fiscale:

n..... €rilasciata dall'albergo.....

VITTO. Allega regolare fattura/ricevuta fiscale pasto:

n.....di €.rilasciata da.....

n.....di €.rilasciata da.....

VIAGGI E TRASPORTI

Da	a	Aereo	€
Da	a	Nave	€
Da	a	Treno	€
Da	a	Autobus urbani/extraurbani	€
Da	a	Taxi	€
Da	a	Mezzo noleggiato	€
Da	a	Mezzo proprio	Km.
Da	a	Pedaggio autostradale, spese di parcheggio o garage (solo in caso di uso mezzo proprio)	€



SPESE COMPLEMENTARI SU PRESENTAZIONE DI REGOLARI RICEVUTE

Visti consolari	€
Deposito bagagli	€
Fotocopie, stampe	€
Collegamento ad Internet	€
Mance, quando obbligatorie purchè dettagliate nei giustificativi di spesa	€
Tasse di soggiorno	€
Assicurazione sanitaria a copertura delle spese mediche, farmaceutiche e ospedaliere nei paesi extra UE, se obbligatoria	€
Spese per vaccinazioni obbligatorie e spese farmaceutiche per profilassi	€

ISCRIZIONE A CONGRESSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver pagato la quota di iscrizione di €.....

- e di produrre fattura quietanzata ricevuta quietanzata rilasciata dalla segreteria organizzativa
- non comprensiva di vitto e alloggio
- comprensiva di vitto e alloggio
- comprensiva di solo vitto
- comprensiva di solo alloggio

Il sottoscritto dichiara che i sopra elencati giustificativi di spesa non sono stati presentati ad altro Ente a scopo di rimborso.

Firma del richiedente.....

TRATTAMENTO ALTERNATIVO DI MISSIONE ALL'ESTERO (ART. 13 REGOLAMENTO MISSIONI)

Ulteriore quota di rimborso (<i>in alternativa al rimborso documentato</i>)				€
---	--	--	--	---

La liquidazione del trattamento alternativo è subordinata all'attestazione dell'avvenuto svolgimento della missione mediante autocertificazione resa dall'incaricato alla missione

La missione graverà sui fondidi cui è titolare il/la sottoscritto oppure il/la prof.

Firma del titolare dei fondi

Il Responsabile Amministrativo Delegato

Dott.ssa Ildefonsa Trombetta

.....