



RICHIESTA LIQUIDAZIONE MISSIONE DOTTORANDI

Al Responsabile Amministrativo Delegato
del Dipartimento di Medicina Clinica e
Molecolare

Il/La sottoscritt..... codice fisc.....
Dottorando/a iscritta al corso a.a.
residente a (pr.....) via/piazza n°

domicilio (qualora non coincida con la residenza) via/piazza
n° comune.....(pr.....)

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 da	a	€
Aereo da	a	€
Treno da	a	€
Treno da	a	€
Mezzi di linea urbani		€
Mezzi di linea extra urbani		€
Taxi tratta.....	orario.....	€
Mezzo proprio da	a	Km.....
Pedaggi autostradali, parcheggio		€

SPESE DI PERNOTTAMENTO €

SPESE PER I PASTI €

ALTRE SPESE (specificare il tipo di spesa)..... €



ISCRIZIONE A CONGRESSO/CONVEGNO

Dichiara di aver pagato una quota di iscrizione per partecipazione a congresso/convegno pari ad € 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

Data.....

Firma del richiedente



.....

SEZIONE RISERVATA AL TITOLARE DEI FONDI

La missione graverà sui fondi del progetto DOTTORATO
di cui è titolare:

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

Firma del titolare dei fondi



.....

**Il Responsabile Amministrativo Delegato
Dott. Enrico Mattei**

.....