



### **RICHIESTA LIQUIDAZIONE MISSIONE**

Al Responsabile Amministrativo Delegato  
del Dipartimento di Medicina Clinica e  
Molecolare

Il/La sottoscritt..... codice fisc.....  
qualifica .....

residente a ..... via/piazza .....n°.....  
domicilio (qualora non coincida con la residenza) città (Stato).....  
via/piazza ..... n° .....

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.....

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 .....di cui è titolare

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

**Firma del titolare dei fondi**



.....

**Il Responsabile Amministrativo Delegato**

.....