



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PALERMO



Department of Psychology, Educational  
Science and Human Movement

Prot. N. \_\_\_\_\_

Palermo, li \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI MISSIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
Matr. \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_\_ presso l'Università di Palermo – Sede  
di Servizio \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ e.mail  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di recarsi in missione a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ presunti gg. \_\_\_\_\_ per la partecipazione  
\_\_\_\_\_ facendo gravare la relativa spesa sul fondo \_\_\_\_\_ Voce di Bilancio  
\_\_\_\_\_ di cui è responsabile il Dirigente/Prof.  
\_\_\_\_\_ per una spesa presunta di €  
\_\_\_\_\_.

*Il Richiedente*

Si attesta la copertura finanziaria della presente missione sul fondo \_\_\_\_\_ Voce  
di Bilancio \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ di cui all'impegno \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_.

*Il Responsabile del Procedimento/Il Responsabile Amministrativo*

\_\_\_\_\_

*(Per le missioni inerenti le ricerche e/o finanziamenti finalizzati di Ateneo)*  
Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. \_\_\_\_\_, Responsabile  
Scientifico/Responsabile dei fondi \_\_\_\_\_, Voce  
di Bilancio \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ **DICHIARA**  
che la missione di \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ è pertinente e necessaria alla ricerca e/o connessa con le finalità dei fondi su  
cui grava la spesa e pertanto autorizza per l'importo massimo di € \_\_\_\_\_.



Il/La Responsabile Scientifico della Ricerca/Il Responsabile dei fondi

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_ e con i  
dati anagrafici già riportati sul modulo di autorizzazione a compiere la missione di cui all’oggetto, ai fini del  
rimborso delle spese della missione effettuata a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ quanto segue:**

- Di essere partito il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- Di essere rientrato il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- Complessivamente gg. \_\_\_\_\_

Allega **gli originali** dei seguenti documenti:

(Riservato all’Amministrazione)

- n. \_\_\_ bigliett\_\_ aereo (corredati da carte d’imbarco) € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n. \_\_\_ bigliett\_\_ nave € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n. \_\_\_ bigliett\_\_ treno € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n. \_\_\_ bigliett\_\_ autobus € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n. \_\_\_ fattur\_ o ricevut\_ fiscal\_ di albergo € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n. \_\_\_ fattur\_ o ricevut\_ fiscal\_ di pasti € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- quota di iscrizione al Convegno



- (con relativo attestato di partecipazione) € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - altro: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- IMPORTO TOTALE MISSIONE** \_\_\_\_\_

Allega inoltre copia dei seguenti documenti:

- Ordine di Missione
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto

\_\_\_\_\_

Avendo svolto la missione a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sulla base dei documenti presentati,

CHIEDE

1. Il rimborso delle spese sostenute pari ad un **TOTALE MISSIONE** € \_\_\_\_\_,  
meno eventuale somma anticipata € \_\_\_\_\_,  
**TOTALE RIMBORSO** € \_\_\_\_\_

2. **Dichiara a tal fine di non avere percepito, allo stesso titolo, somme da altri soggetti pubblici o privati**



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PALERMO



**Department of Psychology, Educational  
Science and Human Movement**

Il relativo rimborso dovrà essere accreditato presso la \_\_\_\_\_ Agenzia  
\_\_\_\_\_ c/c n. \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ IBAN  
\_\_\_\_\_.

Palermo, li \_\_\_\_\_

*In fede*

Firma del Richiedente

Nulla Osta del Responsabile della Struttura/Il Dirigente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Riservato all'Amministrazione -----

**Rimborso spese spettante** € \_\_\_\_\_

**Anticipo erogato** € \_\_\_\_\_

**Netto a pagare** € \_\_\_\_\_

**Somma da recuperare** € \_\_\_\_\_

**Rideterminazione dell'impegno di spesa per €** \_\_\_\_\_

Il Responsabile Amministrativo

\_\_\_\_\_