



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

AL DIRETTORE GENERALE

PIAZZA MARINA , 61

90133 PALERMO

## TABELLA DI LIQUIDAZIONE D'INDENNITA' E SPESE DI MISSIONE DOVUTE A:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nata/o a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

In servizio presso l'Università di \_\_\_\_\_ Con la qualifica \_\_\_\_\_

Avendo eseguito la missione da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Per \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

Chiede il rimborso delle seguenti spese sostenute:

### SPESE DI TRASPORTO \*

_____ a mezzo _____	€ _____
_____ a mezzo _____	€ _____
_____ a mezzo _____	€ _____
_____ a mezzo _____	€ _____
_____ a mezzo _____	€ _____
	<b>Tot. € _____</b>

### SPESE DI ALLOGGIO

Pernottamento in albergo \_\_\_\_\_  
dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ **Tot. € \_\_\_\_\_**

### SPESE DI VITTO

Pasto del giorno _____	€ _____
Pasto del giorno _____	€ _____
Pasto del giorno _____	€ _____
Pasto del giorno _____	€ _____
Pasto del giorno _____	€ _____
	<b>Tot. € _____</b>

**Totale da liquidare € \_\_\_\_\_**

\*Note esplicative sull'utilizzo dei mezzi straordinari:

L'utilizzo dei seguenti mezzi:

**a.** mezzi noleggiati, **b.** taxi urbani ed extraurbani; **c.** mezzo proprio;

deve essere considerato, così come previsto dall'art. 12 del Regolamento di Ateneo per le Missioni, solo in casi **eccezionali e straordinari** e pertanto è sempre subordinato ad autorizzazione **preventiva** da parte dell'Amministrazione (salvo i casi eccezionali in cui non sia possibile conseguirla preventivamente) ed alla sussistenza di almeno una delle condizioni riportate dall'art.12 del suddetto Regolamento.



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

Si chiede, inoltre, che il mandato di pagamento venga disposto con le seguenti modalità:

A) Accredito su C/C N. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

BIC/SWITCH NUMBER \_\_\_\_\_ ABA O ROUTING (solo per commissari provenienti da paesi extraeuropei) \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ Agenzia N. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

B) A mezzo assegno da inviare al domicilio: \_\_\_\_\_

Allega in originale i seguenti giustificativi di spesa:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'Art.47 del DPR 445/2000 si dichiara di:**

- aver effettuato la missione in oggetto;
- di sostenuto le spese di cui chiede il rimborso;
- di non aver richiesto e di non richiederlo in futuro il rimborso a terzi per le spese allegate alla presente tabella di liquidazione.

Si allega copia di un valido documento di identità \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_