



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

## DIPARTIMENTO DI BIOPATOLOGIA E BIOTECNOLOGIE MEDICHE

### DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, 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. ___ biglietto aereo (corredati da carte d'imbarco) | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ bigliett_ nave                                 | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ bigliett_ treno                                | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ biglietto autobus                              | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ biglietto autobus                              | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ fattura di albergo                             | € _____, _____ | _____ |
| • n. ___ fattur_ o ricevut_ fiscal_ di pasti            | € _____, _____ | _____ |
| • quota di iscrizione al Convegno                       |                |       |
| • (con relativo attestato di partecipazione)            | € _____, _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____, _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____, _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____, _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____, _____ | _____ |

**IMPORTO TOTALE MISSIONE**

\_\_\_\_\_

Allega inoltre copia dei seguenti documenti:

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



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

## DIPARTIMENTO DI BIOPATOLOGIA E BIOTECNOLOGIE MEDICHE

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** € \_\_\_\_\_  
**TOTALE RIMBORSO** € \_\_\_\_\_

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

Il relativo rimborso dovrà essere accreditato presso il C/C caricato in UGOV.

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

\_\_\_\_\_