



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE

## 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: _____  | € _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____ | _____ |
| • altro: _____  | € _____ | _____ |

**IMPORTO TOTALE MISSIONE**

\_\_\_\_\_

Allega inoltre copia dei seguenti documenti:

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



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE

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**

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

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

In fede

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

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

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

**Anticipo erogato** € \_\_\_\_\_

**Netto a pagare** € \_\_\_\_\_

**Somma da recuperare** € \_\_\_\_\_

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

Il Responsabile Amministrativo

\_\_\_\_\_