



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: _____ € _____, _____

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
