


**LIQUIDAZIONE SPESE DI MISSIONE**
*da presentare entro 60 giorni successivi alla conclusione della missione*

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ qualifica (\*) \_\_\_\_\_

In servizio presso il \_\_\_\_\_ chiede alla S.V. di voler provvedere

alla liquidazione delle spese della missione effettuata a \_\_\_\_\_

iniziata alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e terminata alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

(\*) indicare P.O., P.A., RIC., PERSONALE TAB

Ai fini della liquidazione della presente missione dichiaro:

- di NON aver già ottenuto -per quest'anno- il rimborso per complessivi 240 giorni di missione in Italia NO  SI
- di NON aver già ottenuto -per quest'anno- il rimborso per complessivi 180 giorni di missione all'estero NO  SI

Dichiaro altresì di essere a conoscenza che il Dipartimento di Scienze Chirurgiche non prenderà in considerazione la domanda stessa se non risultasse autorizzata la missione e che eventuali ritardi non potranno in nessun caso essere imputati al Dipartimento medesimo se non risulteranno rispettate le disposizioni del Regolamento Missioni.

Dichiaro di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 20 comma 1 Regolamento Missioni il diritto alla corresponsione del trattamento economico di missione decade qualora nel termine 6 mesi dal compimento della missione non sia stata presentata la relativa documentazione.

A tal fine presenta i giustificativi delle seguenti spese e che tali giustificativi non sono stati presentati ad altro ente allo stesso scopo:

SPESE VIAGGIO	DA	A	A	EURO
AEREO				€
TRENO				€
NAVE				€
TAXI	RICEVUTE TAXI	N.	IMPORTO TAXI	€
METRO/BUS	BIGLIETTI METRO/BUS:	N.	IMPORTO METRO/BUS	€
MEZZO PROPRIO				/
AUTOSTRADA	PEDAGGIO			€
KM PERCORSI	TOT. KM EFFETTIVAMENTE PERCORSI:		KM X 0,21 € =	€
<b>IMPORTO COMPLESSIVO</b>				€

**SPESE ALLOGGIO, VITTO, VARIE**

ALLOGGIO	FATTURE / RICEVUTE	N.	IMPORTO	€
VITTO	SCONTRINI / RICEVUTE	N.	IMPORTO	€
PARCHEGGIO	RICEVUTE / BIGLIETTI	N.	IMPORTO	€
ALTRE SPESE VARIE			IMPORTO	€
DA SPECIFICARE			IMPORTO	€
<b>IMPORTO COMPLESSIVO</b>				€

<b>QUOTA DI ISCRIZIONE</b>		€
----------------------------	--	---

<b>TOTALE IMPORTO RIMBORSO VIAGGIO</b>		€
----------------------------------------	--	---

Le spese di missione graveranno sul fondo \_\_\_\_\_

*Firma del richiedente*
*Firma Titolare fondi*
**SI AUTORIZZA: Il Direttore del Dipartimento** \_\_\_\_\_