

Al Direttore del Dipartimento di
Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione
SEDE

OGGETTO: richiesta rimborso spese missione.

La/Il sottoscritta/o con qualifica e sede dell'ufficio in
....., residente a (prov. di) in via,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver eseguito la missione, come da autorizzazione
allegata, da a dalle ore .. : .. del giorno .. /.. /.. alle ore .. : .. del giorno .. /..
/.. con arrivo in territorio straniero alle ore .. : .. del giorno .. /.. /.. e

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute e delle diarie eventualmente spettanti.

A tal fine dichiara di *aver/non aver* utilizzato un mezzo straordinario (mezzo proprio o mezzo a noleggio) da
..... a (andata) e da a (ritorno).

Il sottoscritto dichiara di *aver/non aver* ricevuto anticipazione da (importo ricevuto €
..... da detrarre) e di voler ricevere l'accredito sul conto corrente censito da codesta Direzione (1)

La/Il richiedente

.....

Allegati:

- Autorizzazione a compiere la missione;
- Biglietti di viaggio in originale;
- Prospetto riepilogativo itinerario e biglietti/spese;
- Fattura alloggio;
- Fattura pasti (in caso di scontrini "non parlanti" integrarli, tramite apposita dichiarazione, con gli elementi mancanti quali l'intestatario e il suo codice fiscale nonché la causale);
- Altro (specificare)

Rende, _____

(1) Se il richiedente non è censito, specificare le coordinate bancarie

(2) Riportare il progetto e/o la voce contabile indicati nell'autorizzazione a compiere la missione

Il Segretario di Dipartimento

*Si autorizza il pagamento della Missione
Il Direttore Prof.ssa Maria Luisa Panno*