

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE SPESE DI MISSIONE

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Cardiovascolari, Respiratorie,
Nefrologiche e Geriatriche
Fax 06/4469085

Il sottoscritto _____

autorizzato in data _____ prot. _____

a recarsi in missione a _____

dal _____ al _____ chiede alla S.V. la liquidazione delle spese della missione stessa.

Il sottoscritto dichiara che la missione è iniziata il giorno _____ alle ore _____

ed è terminata il giorno _____ alle ore _____

Le spese documentate sono le seguenti:

- 1) Spese di viaggio di € _____ con allegate le carte di imbarco nel caso di viaggio in aereo
- 2) Spese di albergo di € _____
- 3) Spese per la consumazione dei pasti di € _____
- 4) Spese di iscrizione a Congresso di € _____ *

*

- comprensivo di vitto e alloggio
- comprensivo di solo vitto
- comprensivo di solo alloggio

Il sottoscritto per la missione all'estero:

- rinuncia al trattamento di diaria
- non rinuncia al trattamento di diaria

Il sottoscritto allega attestato di partecipazione al congresso e/o di svolgimento della missione e chiede che il pagamento venga effettuato con:

- bonifico sul c/c n. _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____
- pagamento allo sportello
