SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Modulo Amministrazione Centrale

Al Direttore dell'Area

Contabilità, Finanza e

Controllo di Gestione

SEDE

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PERSONALE DOCENTE

..l…sottoscritt…… Ruolo Docente ……..

In servizio presso ……..……

e-.mail……Telefono…….……..

Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza……

Domicilio……..

chiede la liquidazione delle spese della missione effettuata a……..

iniziata alle ore …… del …… e terminata alle ore …… del …….....

e a tal fine allega i seguenti documenti di spesa in originale e intestati all'interessato:

Spese di pernottamento …… n…….. ricevute per un totale di €……

Spese per i pasti …… n……... ricevute per un totale di €……

Altre spese……per un totale di €……

Spese di viaggio:

Da…….. a…….. a……..aereo €.....

Da…….. a…….. a……..treno €.....

Da…….. a…….. a……..nave €.....

Da…….. a…….. a……..mezzi di linea urbani €.....

Da…….. a…….. a……..mezzi di linea extraurbani €.....

Da…….. a…….. a……..mezzo proprio Km…….. €……

Pedaggi autostradali, parcheggio, garage ricevute n…… €.....

TAXI ricevute n……... €.....

TOTALE GENERALE SPESE €….....

Dichiara di aver pagato una quota iscrizione **NO** [ ] **SI** [ ]

In caso affermativo si allega la ricevuta per un totale di €……

Precisando ai sensi dell'art. 7 c.3 lettere a) c) d) del Regolamento Missioni, che la quota è:

[ ] non comprensiva di vitto e alloggio [ ] comprensiva di vitto e alloggio

[ ] comprensiva di solo vitto [ ] comprensiva di solo alloggio

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Ai fini della liquidazione della missione, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto un'anticipazione di

€ …….. da detrarsi dal rimborso complessivo.

I giustificativi di spesa per i quali si chiede il rimborso non sono stati presentati ad altro Ente allo stesso scopo art. 6 c.1 (Regolamento Missioni).

Dichiara, inoltre, ……..

……

Chiede che le competenze spettanti per la missione in oggetto, siano:

[ ] accreditate presso Banca - Istituto……..

Codice IBAN:

Codice Paese	Cin IBAN	Cin BBAN	ABI	CAB	n. conto corrente

[ ] riscuotibili presso lo sportello dell'Istituto Cassiere

..l…sottoscritt……...

Dichiara di aver ripreso regolarmente servizio il ……

……..……

(Firma di chi ha effettuato la missione)

La missione grava sui fondi……..di cui è titolare

Preside/Direttore ……

(nome e cognome in stampatello)

……..

(firma)

N.B.: Ai sensi dell'art. 6 c.4) del Regolamento Missioni la presentazione della richiesta di rimborso spese deve avvenire entro i 6 mesi successivi alla conclusione della missione stessa.