



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

Dipartimento di Promozione della Salute, Materno Infantile, Medicina Interna Specialistica
d'Eccellenza "Giuseppe D'Alessandro"

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: _____ | € _____ | _____ |
| • altro: _____ | € _____ | _____ |
| • altro: _____ | € _____ | _____ |
| • altro: _____ | € _____ | _____ |

IMPORTO TOTALE MISSIONE _____

Allega inoltre copia dei seguenti documenti:

- Ordine di Missione
- _____
- _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

Dipartimento di Promozione della Salute, Materno Infantile, Medicina Interna Specialistica
d'Eccellenza "Giuseppe D'Alessandro"

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

Nulla Osta del Responsabile della Struttura/Il Dirigente

----- Riservato all'Amministrazione -----

Rimborso spese spettante € _____

Anticipo erogato € _____

Netto a pagare € _____

Somma da recuperare € _____

Rideterminazione dell'impegno di spesa per € _____

Il Responsabile Amministrativo
