**Prot. Missione: \_**

# Data: \_

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE A**

Nome e Cognome \_ Qualifica \_



(Compilare solo se i dati sono variati dall’ultima missione liquidata) LIV.C. STIPENDIO ALIQUOTA FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTENZA** | | | | **ARRIVO** | | | | **DATA E ORA ATTRAV. FRONTIERE** |
| Città | Ora | Data | Città | | Ora | Data |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |

## DISTINTA DELLE SPESE DI VIAGGIO DOCUMENTATE DA ALLEGATI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mezzo trasporto | Percorso | Costo biglietto | Costo supplementi (WL., rapidi, cucc.) | Noleggio auto/pedaggi autostradali | Solo per uso mezzo proprio preventivamente autorizzato  Km percorsi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Richiesta rimborso spese di albergo  NO  SI \_ (Allegate n. fatture/ricevute fiscali)

(importo)

Richiesta rimborso spese di vitto  NO  SI (Allegate n. fatture/ricevute fiscali)

(importo)

Richiesta rimborso quota iscrizione Convegno NO  SI comprensiva di  Vitto

(importo) non comprensiva  Alloggio

## Compilare solo in caso di richiesta di rimborso parziale

Il sottoscritto dichiara di aver ripreso regolare servizio in data \_

LA MISSIONE GRAVERÀ SUI FONDI DEL DIPARTIMENTO DI FISICA CAPITOLO \_

ROMA,

Il Richiedente \_ Il Direttore

(la dichiarazione del personale che si è recato in missione e la convalida del Direttore del Dipartimento o del Preside di Facoltà sono espresse in conformità in quanto previsto dall’art., comma 1 della legge 4/1/1968, 15)

La durata della missione del personale non docente dovrà essere documentata secondo il disposto dell’art.8 della L 18, 12, 73, n. 836

NOTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Via Della Ricerca Scientifica, 1 – 00133 Roma  www.fisica.uniroma2.it | [fisica@roma2.infn.it](mailto:fisica@roma2.infn.it) | C.F. 80213750583  P. I. 02133971008 |