**Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(a cura della Segreteria Amm.va)***

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE DIPENDENTI**

Nome e Cognome \_ Qualifica \_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTENZA** | | | **ARRIVO** | | | **Data e ora attraversamento 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

Contributo alle spese di viaggio per l’importo di \_ Totale spese di viaggio \_

Diarie altro ente per n. giorni

Contributo forfetario per l’importo di

Ricevuto da altra Amministrazione o a proprio carico:

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

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

ROMA,

IL RICHIEDENTE DELLA MISSIONE IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*