DIPARTIMENTO DI STUDI
GRECO LATINI ITALIANI
SCENICO MUSICALI

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

RICHIESTA LIQUIDAZIONE MISSIONE DOCENTI
Spett.le Dipartimento di Studi Greco Latini
Italiani Scenico Musicali
Sede

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ con Codice Fiscale _____ in servizio presso (1) _____ con qualifica di _____ e residente a _____ prov. _____ in Via_____ n.____ CAP_____ con recapito telefonico_____ Cell. _____ed e-mail _____ chiede il rimborso con accredito su c/c bancario (Codice IBAN)

delle sotto elencate spese (2) inerenti la missione a _____ tenutasi dal giorno _____ ora inizio _____ al giorno _____ ora fine _____ preventivamente autorizzata in data _____ a valere sui fondi di_____;
dichiaro che i documenti elettronici allegati alla presente richiesta non sono stati presentati ad altro ente per il rimborso;

	Spese richieste:	**Spese ammesse al rimborso: (parte riservata all'ufficio)**
Biglietto aereo	€	€
Biglietto treno	€	€
Trasporto pubblico (Bus, metro etc)	€	€
Mezzo Proprio (ove autorizzato)	€	€
Alloggio	€	€
Vitto	€	€
Taxi	€	€
Altro	€	€
Quota di rimborso (missioni estere)	€	€
Totale	**€**	**€**

Data, _____

Firma

_____

VISTO
Si autorizza la liquidazione della spesa di € _____
IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO
DOTT. FRANCESCO PORTADIBASSO

Il Direttore del Dipartimento

_____

1. Indicare la denominazione della propria struttura di appartenenza.
2. La documentazione di spesa, in ORIGINALE, va consegnata in Segreteria entro 15 giorni dal rientro, in un'unica soluzione, unitamente al presente modulo debitamente compilato e firmato. Va allegata inoltre tutta la documentazione amministrativa a supporto.