



# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA

CODICE STRUTTURA

0

0

**Si incarica:**

Cognome e nome

Codice Fiscale

Qualifica/Rapporto con l'Ente

0

0

0

Sede di servizio

Residenza

0

0

A compiere la missione a

presso

0

0

Motivazione

0

Luogo di partenza:

Luogo di rientro:

0

0

Data di partenza

Ora di partenza

Data rientro

Ora rientro

00/01/1900

0,00

00/01/1900

0,00

Mezzo di trasporto

se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione

0

0

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto:

0

Dichiarazione in caso di uso dell'automezzo privato:

Il sottoscritto, dichiara di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per danni che l'uso dell'automezzo possa comunque arrecare a terzi e/o trasportati. Dichiara inoltre che l'autovettura è assicurata per la responsabilità civile verso terzi in base alla legge 24/12/1969 n. 990 e successive modificazioni.

L'autovettura è targata

Firma

0

RICHIESTA ANTICIPO	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	DATI RIMBORSO
Costo presunto			Banca:
0,00	€ -		0
0,00	€ -		Agenzia/Filiale
0,00	€ -		0
0,00	€ -		Indirizzo
0,00	€ -		0
0,00	€ -		C/C n.
0,00	€ -		0
0,00	€ -		Cod.ABI
0,00	€ -		0
0,00	€ -		Cod. CAB
0,00	€ -		0
<b>Totale</b>	€ -		0

La spesa è a carico del conto

0

Firma titolare del conto

Data

00/01/1900

Il Richiedente

Si autorizza

Il Responsabile della Struttura

Si richiede rimborso (indicare "FORFETARIO" o "ANALITICO"):

Il sottoscritto dichiara che per la presente missione non ha ricevuto nessun altro rimborso né da questa Amministrazione né da altro Ente

**ELENCO DELLE SPESE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO ANALITICO:**

Spese:	Importo	Tipo valuta	Note	Riservato all'Amministrazione
Mezzi di trasporto totali	Km		(specificare i mezzi utilizzati)	
Pernottamento				
Vitto				
Iscrizione a convegni				

RIMBORSO FORFETARIO

Rimb.orario Italia; giornaliero Italia; giornaliero Estero

Data effettiva partenza:

Ora:

Data effettiva rientro:

Ora:

Data

Firma del richiedente

Firma Direttore Centro di spesa