RICHIESTA **RIMBORSO** MISSIONE

|  |  |
| --- | --- |
| Richiedente: |       |
| Missione a: |       |
| Oggetto: |       |

**AUTORIZZAZIONE N°** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenza** | alle ore       del giorno       | **[1]**Da:       |
| Motivo       |
| **Rientro**  | alle ore       del giorno       | **[1]**A:       |
| Motivo       |

**[1]**indicare ”**sede di servizio**”; in caso diverso indicare la/le località di partenza/rientro, specificandone la motivazione.

**Dettaglio Spese**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TIPOLOGIA SPESA | GIUSTIFICATIVI(quantità) | IMPORTO(valuta estera) | IMPORTO **[2]**(euro)  |
| VIAGGIO | n.    |    .       | €.       |
| AIR TERMINAL | n.    |    .       | €.       |
| MEZZI URBANI | n.    |    .       | €.       |
| ISCRIZIONE CONGRESSO/SEMINARIO | n.    |    .       | €.       |
| ALBERGO **[3]** | n.    |    .       | €.       |
| PASTI **[4]** | n.    |    .       | €.       |
| VISTI INGRESSO | n.    |    .       | €.       |
| ASSIC. SANITARIA NON COPERTA DA SS.NN | n.    |    .       | €.       |
| MEZZO PROPRIO / TAXI **[5]** | n.    |    .       | €.       |
| ALTRO:       | n.    |    .       | €.       |
| ALTRO:       | n.    |    .       | €.       |

**[2]** tasso uff. cambio del giorno di effettuazione della spesa; <http://www.oanda.com/lang/it/currency/converter/>

**[3]** personale docente (**max 4 stelle**); altri (**max 3 stelle**).

**[4]**In italia massimale rimborsabile **max** a pasto **40€;** per estero **Rif. Tabella B regolamento missioni**.

**[5]**  per missioni estere limite massimo giornaliero **25€** nelle tratte urbane

**SI DICHIARA**:

[ ]  di avere avuto l’anticipo del trattamento di missione per €.

[ ]  di avere usufruito del mezzo proprio Km.

[ ]  di voler fruire del trattamento alternativo missione estera

|  |
| --- |
|       |

**note**

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO, SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DELLA MISSIONE IN:** **[ ]  COMPETENZA** **[ ]  RESIDUO**

CAT.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** CAP **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** CDR **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** FONDO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IL TITOLARE DEI FONDI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_