DIPARTIMENTO DI STUDI
GRECO LATINI ITALIANI
SCENICO MUSICALI

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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 _____

	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
_____

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.