



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 del Dottorato di _____;

	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 Coordinatore del Dottorato

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.