



UNIVERSITA' DEGLI STUDI di CATANIA

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate
"G. F. Ingrassia"

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

RICHIESTA RIMBORSI MISSIONI IN ITALIA

Il sottoscritto chiede il rimborso delle spese sostenute e la liquidazione delle diarie spettanti per il viaggio appresso specificato, a norma della legge 18-12-1973, n. 836 e successive modificazioni ed integrazioni.

Cognome e nome del richiedente nato a prov.
il qualifica
indirizzo città prov.
cod. fisc.

Località prov.
Motivazione
Data inizio missione
Ora inizio missione
Data fine missione
Ora fine missione

Si allegano i seguenti documenti giustificativi di spesa :

1) Biglietto Aereo/ Treno/ Bus/ Taxi	€ <input type="text"/> -
2) Supplemento Intercity	€ <input type="text"/> -
3) Ristorante	€ <input type="text"/> -
4) Albergo	€ <input type="text"/> -
5) Iscrizione Congresso	€ <input type="text"/> -
6) <input type="text"/>	€ <input type="text"/> -

7) Km. Percorsi con auto propria istituto N° -

Totale Missione

€ -
€ -

Firma del richiedente

Il titolare del fondo

Catania, li

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO