



UNIVERSITA' DEGLI STUDI di CATANIA

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

RICHIESTA RIMBORSI MISSIONI ALL'ESTERO

Il sottoscritto chiede il rimborso delle spese sostenute e la liquidazione delle diarie relative alla missione compiuta a
Stato : a norma della legge 18-12-1973, n. 836 e del D.M.T. del 12-5-83 e successive modificazioni ed integrazioni.

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

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----|----------------------|
| Partenza dalla sede di servizio | Aereo <input type="checkbox"/> | Treno <input type="checkbox"/> | Altri mezzi <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Partenza (in andata) dell'ultima località (Ore <input type="text"/>) in Italia | | | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Attraversamento della frontiera (in andata) | | Treno <input type="checkbox"/> | Altri mezzi <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Attraversamento della Frontiera (in ritorno) | | Treno <input type="checkbox"/> | Altri mezzi <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Imbarco in territorio italiano | Aereo <input type="checkbox"/> | Nave <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Sbarco in territorio estero | | | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Rimbarco in territorio estero | Aereo <input type="checkbox"/> | Nave <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Sbarco in territorio italiano | | | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Arrivo (in ritorno) alla prima località <input type="text"/> in Italia | | | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |
| Rientro in sede | | | | <input type="text"/> ore | del | <input type="text"/> |

Si allegano i seguenti documenti giustificativi di spesa :

- 1) Biglietto Aereo/ Treno/ Bus/ Taxi _____
- 2) Ristorante _____
- 3) Albergo _____
- 4) Iscrizione Congresso _____
- 5) _____
- 6) _____

7) Km. Percorsi con auto propria N° istituto

Totale Missione

| | |
|---|---|
| € | - |
| € | - |
| € | - |
| € | - |
| € | - |
| € | - |
| € | - |
| € | - |

Firma del richiedente _____
e

Il titolare del fondo _____

Catania, li

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
