



# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA

CODICE STRUTTURA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

A.D1500

**Si incarica:**

Cognome e nome

Codice Fiscale

Qualifica/Rapporto con l'Ente

Sede di servizio

Residenza

**A compiere la missione a**

presso

Motivazione

Luogo di partenza:

Luogo di rientro:

Data di partenza

Ora di partenza

Data rientro

Ora rientro

Mezzo di trasporto

se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto:

**Dichiarazione in caso di uso dell'automezzo privato:**

Il sottoscritto, dichiara di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per danni che l'uso dell'automezzo possa comunque arrecare a terzi e/o trasportati. Dichiara inoltre che l'autovettura è assicurata per la responsabilità civile verso terzi in base alla legge 24/12/1969 n. 990 e successive modificazioni.

L'autovettura è targata

Firma

<b>RICHIESTA ANTICIPO</b>	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	<b>DATI RIMBORSO</b>
Costo presunto			Banca:
			IBAN:
Totale	€ -		

La spesa è a carico del conto

Firma titolare del conto

Data

Il Richiedente

Si autorizza

Il Responsabile della Struttura