



# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA

CODICE STRUTTURA  
A.D1500

**Si incarica:**

|                                 |   |                               |             |
|---------------------------------|---|-------------------------------|-------------|
| Cognome e nome                  | Codice Fiscale                                      | Qualifica/Rapporto con l'Ente |             |
| 0                               | 0   | 0                             |             |
| Sede di servizio                | Residenza   |                               |             |
| 0                               | 0   |                               |             |
| <b>A compiere la missione a</b> | presso  |                               |             |
| 0                               | 0   |                               |             |
| Motivazione                     |   |                               |             |
| 0                               |   |                               |             |
| Luogo di partenza:              | Luogo di rientro:                                   |                               |             |
| 0                               | 0   |                               |             |
| Data di partenza                | Ora di partenza                                     | Data rientro                  | Ora rientro |
| 00/01/1900                      | 0,00  | 00/01/1900                    | 0,00        |
| Mezzo di trasporto              | se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione |                               |             |
| 0                               | 0   |                               |             |

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto: 0

**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 0 Firma

| RICHIESTA ANTICIPO | Indicare importo in cifre | Riservato all'ufficio per la liquidazione | DATI RIMBORSO |
|--------------------|---------------------------|---|---------------|
| Costo presunto     |                           |   | Banca:        |
| 0,00               | € -                       |   | 0             |
| 0,00               | € -                       |   | 0             |
| 0,00               | € -                       |   | IBAN:         |
| 0,00               | € -                       |   | 0             |
| <b>Totale</b>      | € -                       |   |               |

La spesa è a carico del conto 0 Firma titolare del conto

Data 00/01/1900 Il Richiedente

Si autorizza Il Responsabile della Struttura

Si richiede rimborso (indicare "FORFETARIO" o "ANALITICO"): 0

**ELENCO DELLE SPESE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO ANALITICO:**

| Spese:                       | Importo | Tipo valuta | Note                             | Riservato all'Amministrazione |
|------------------------------|---------|-------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Mezzi di trasporto totali Km |         |             | (specificare i mezzi utilizzati) |                               |
| AEREO                        |         |             |                                  |                               |
| Pernottamento                |         |             |                                  |                               |
| Vitto                        |         |             |                                  |                               |
| Iscrizione a convegni        |         |             |                                  |                               |
| metro e bus                  |         |             |                                  |                               |
| Iscrizione a convegni        |         |             |                                  |                               |

RIMBORSO FORFETARIO Rimb.orario Italia; giornaliero Italia; giornaliero Estero

Data effettiva partenza: Ora: Data effettiva rientro: Ora:

Il sottoscritto dichiara che per la presente missione non ha ricevuto nessun altro rimborso né da questa Amministrazione né da altro Ente.

Data Firma del richiedente

Firma Direttore Centro di spesa