



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		
A compiere la missione a	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
Totale	€ -		

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"):

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