



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**META-STRUTTURA MEDICO-CHIMICA
DIPARTIMENTO di MEDICINA TRASLAZIONALE E PER LA ROMAGNA**

RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale: _____

chiede il rimborso per la missione compiuta a _____

INIZIO MISSIONE		ITINERARIO DELLA MISSIONE
DATA	ORA	
TERMINE MISSIONE		
DATA	ORA	

AVVERTENZE

- Si procederà al rimborso delle spese sostenute previa presentazione del modulo di autorizzazione firmato dal Direttore di Dipartimento.
- Le spese verranno rimborsate se debitamente documentate e prodotte in originale.
- Per le spese effettuate in valuta il rimborso è disposto con il cambio proposto in automatico dalla procedura del calcolo missioni.
- Per ogni informazione relativa alle modalità di svolgimento delle missioni e per scaricare la relativa modulistica, consultare la seguente pagina web: www.unife.it/msmc/missioni
- Per ogni altra richiesta/esigenza inviare una mail a: mismc.missioni@unife.it



SPESE SOSTENUTE (di cui si allegano documenti giustificativi in originale)

AUTO PROPRIA (Km percorsi)	N°	BUS EXTRAURBANI	N°
PEDAGGI AUTOSTRADALI	N°	MEZZI NOLEGGIATI	N°
PARCHEGGIO	N°	PERNOTTAMENTI	N°
TAXI (max. €25 al giorno)	N°	PASTI	N°
TRENO	N°	ISCR. CONGRESSO/CONVEGNO	N°
AEREO	N°	VISTO	N°
NAVE	N°	ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE	N°
METRO/LINEE URBANE	N°	ALTRE SPESE RIMBORSABILI	N°

SPESE PREPAGATE DAL DIPARTIMENTO

TRENO	€
AEREO	€
PERNOTTAMENTI	€
ALTRO	€

Il/la sottoscritto/a _____

in esecuzione dell'incarico di missione ricevuto, ricorrendo le condizioni di legge per l'uso del mezzo proprio, dichiara di essere autorizzato/a a servirsi dell'autovettura:

modello _____

targa _____

- di essere stato autorizzato/a a compiere la medesima missione
- di essere stato autorizzato/a all'utilizzo dell'auto propria per l'anno in corso

Lo/a scrivente dichiara di trasportare sull'automezzo di cui sopra: _____

Km. PERCORSI



MODALITA' DI PAGAMENTO

MANDATO RISCOUOTIBILE PRESSO LA TESORERIA DELL'UNIVERSITA'

ACCREDITO IN CONTO CORRENTE (DA COMPILARE SOLAMENTE SE DIVERSO DA QUELLO GIA' INSERITO IN ANAGRAFICA)

COD.

IBAN _____

Codice BIC o SWIFT

Intestazione Conto

IN CASO DI BONIFICO SU CONTO CORRENTE ESTERO VA INDICATO ANCHE IL CODICE **BIC O SWIFT**. TUTTI I DATI RICHIESTI SONO FACILMENTE RICAVABILI DALL'ESTRATTO CONTO INVIATO DALLA PROPRIA BANCA.

Solo se è stata liquidata un'anticipazione

Per detta missione è stata liquidata un'anticipazione di € _____

Con ordinativo di pagamento n° _____ del _____

NOTE: _____

- *Ai fini dell'ammissione al pagamento della missione, il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte, depennando eventuali dizioni che non interessano*



**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

Il/La richiedente dichiara che, in riferimento al fondo su cui graverà la spesa della presente missione, è inserito/a nel gruppo di ricerca

RICHIEDENTE

TITOLARE DEL FONDO

DIRETTORE DIPARTIMENTO
