|  |  |
| --- | --- |
|  |  STEMMA_UNIMC_BN.bmp **Università degli Studi di Macerata** |

## Richiesta di Liquidazione per missioni in territorio estero

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | (\*)Data di nascita | (\*)Luogo di nascita |
|  |  |  |
| (\*)Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
| (\*)Indirizzo | n°. | (\*)Città | (\*)Provincia | (\*)Cap. |
|  |  |  |  |  |
|  |

(\*) non compilare se si tratta di personale dipendente

|  |  |
| --- | --- |
|  **In relazione alla missione effettuata a:** |  |

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| di essere partito da: |  | il giorno: |  | alle ore: |  |
| di essere rientrato a: |  | il giorno: |  | alle ore: |  |
| di aver concluso la missione |  |  in data |  | alle ore: |  |

|  |
| --- |
| **Dichiara inoltre** |
| ( ) Di aver usufruito di vitto gratuito ( ) Di aver usufruito di alloggio gratuito |

|  |
| --- |
| **Di aver sostenuto i seguenti costi** |
| ( ) Di aver sostenuto spese di alloggio per € |
| ( ) Di aver sostenuto spese di vitto per € |
| ( ) Di aver percorso con mezzo proprio Km |
| ( ) Di aver sostenuto spese di mobilità per € |
| ( ) Di aver ricevuto un’anticipazione di € |

|  |
| --- |
| **Ai fini del rimborso delle predette spese allega** |
| ( ) Biglietti originali di viaggio | Nr. |  |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di vitto | Nr. |  |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di alloggio | Nr. |  |
| ( ) Ricevute di pedaggio autostradale (nel caso di utilizzo autorizzato del mezzo proprio) | Nr. |  |
| ( ) Dichiarazione dell’Ufficio in cui la missione è stata espletata |

|  |
| --- |
| Modalità di pagamento (\*) |
| ( ) Versamento su c/c: IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ( ) Riscossione per cassa presso uno sportello di Intesa San Paolo – Banca dell’Adriatico |

**Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che tutta la documentazione presentata è oggetto di rimborso esclusivamente da parte di questa amministrazione.**

(La copertura assicurativa è garantita ai sensi dell’art. 8 D.P.R. n. 319/90) - II dipendente ed il personale equiparato, incaricato di espletare attività istituzionale dall’Università di Macerata, in caso di sinistro si impegna a darne tempestiva comunicazione all’Amministrazione universitaria presso i seguenti recapiti: Ufficio trattamento economico: tel. 0733.2582423 - fax 0733.2582634 - e-mail: marcella.maroni@unmc.it.

Dichiarazioni:

|  |
| --- |
| **il sottoscritto si avvale di altro finanziamento all’interno di questa amministrazione si no** |
| **Se in caso positivo indicare a valere sulla tipologia di progetto:** |

# Imputazione della spesa (1) *(vedi allegato)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget**  | **Voce di Costo** | **Cod. Siope** | **Progetto** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Richiedente** |  | **Il Soggetto Autorizzatore** Il Delegato del Rettore per le Relazioni Internazionali |
|  |  |  |
| Luogo e data di compilazione: |  |  |  |  |  |
| Pervenuta all’Ufficio: |  |  |  |  |  |