



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA
DIPARTIMENTO DI FISICA E ASTRONOMIA "GALILEO GALILEI"

CODICE STRUTTURA
A.D1800

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 _____

RICHIESTA ANTICIPO	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	DATI RIMBORSO
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 _____

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)	
Pernottamento				
Vitto				
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 _____