

**Da compilare a cura del Presidente della Commissione**

**ATTESTAZIONE DI PRESENZA:** Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di Presidente della Commissione giudicatrice: (dettagliare) \_\_\_\_\_ attesta che il/la dott./a - prof./a \_\_\_\_\_ ha partecipato ai lavori della Commissione stessa, relativamente alle seguenti giornate ed ai seguenti orari:

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE – personale esterno – commissari**

Richiedente: \_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_

Qualifica/livello: \_\_\_\_\_ Dimora abituale (comune): \_\_\_\_\_

In servizio presso: \_\_\_\_\_ Recapito tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Missione effettuata a: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Motivo missione:  Comm. per Val. comp. \_\_\_\_\_  Comm. per Es. amm./fin. D.D.R. \_\_\_\_\_

(dettagliare i casi)  Comm. per Es. di Stato \_\_\_\_\_  Comm. per Es. Lauree Sanit. \_\_\_\_\_

GIORNO DI PARTENZA \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

GIORNO DI RIENTRO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

**SPESE SOSTENUTE:**

ALBERGO n. \_\_\_\_\_ pernottamenti € \_\_\_\_\_

PASTI n. \_\_\_\_\_ documenti € \_\_\_\_\_

BIGLIETTO AEREO itinerario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

TRASFERIMENTO AEROPORTO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

BIGLIETTO TRENO itinerario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

MEZZO PROPRIO itinerario \_\_\_\_\_ km \_\_\_\_\_

ALTRI ALLEGATI \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Servizi offerti o gratuiti (dettaglio): \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE TUTTE LE SPESE IVI DOCUMENTATE SI RIFERISCONO ALLA MISSIONE EFFETTUATA.

AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE DELLA PRESENTE MISSIONE DICHIARA INOLTRE:

- di aver ricevuto un'anticipazione di € \_\_\_\_\_
- di non avere aspettative o congedi in atto
- di non percepire per lo stesso titolo somme da altri enti
- di richiedere il rimborso di € \_\_\_\_\_ per le seguenti spese non documentabili (se rimborso Analitico/Piè di lista):  
\_\_\_\_\_

SI RICHIEDE IL PAGAMENTO COME INDICATO NELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

|                   | CdR | Es. Fin. |
|-------------------|-----|----------|
| Impegno n.        |     |          |
| Tit.Cat.Cap.Conto | 2   |          |
| Cod. Fondo        |     |          |
| CdC               |     |          |
| Cod. Fornitore    |     |          |

VISTO, SI AUTORIZZA:

IL DIRIGENTE \_\_\_\_\_