

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 _____

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 _____