



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA

CODICE STRUTTURA

- Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA) -

D040

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 di rientro

Ora di 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.

Targa autovettura

Firma

RICHIESTA ANTICIPO

DATI RIMBORSO

Costo presunto	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	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 analitico | Rimborso forfetario

ELENCO DELLE SPESE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO ANALITICO:

Numerare e descrivere dettagliatamente tutti i documenti

Km. effettivamente percorsi con automezzo privato		-----		
Nr. Progr. ⁽¹⁾	Descrizione	Valuta	Importo	Data ed eventuali note
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Note:-1) Riportare il numero sui documenti di spesa.

Da compilare al momento della richiesta rimborso

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 _____