

PERSONALE INTERNO

Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Richiesta di RIMBORSO di Missione

Roma _____

Il/la sottoscritto/a Prof. _____ qualifica _____ chiede che vengano rimborsate le spese sostenute durante la missione effettuata a _____

dal _____ al _____ Dichiara di aver ripreso servizio il giorno _____

Descrizione delle Spese Sostenute

Spese di Viaggio		€ _____
		€ _____
		€ _____
Spese di Albergo		€ _____
		€ _____
		€ _____
Spese per Pasti		€ _____
		€ _____
		€ _____
Altre Spese previste		€ _____
Spese per Iscrizione al Congresso		€ _____

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi _____

(firma del titolare dei fondi) _____

Compilazione a cura della segreteria del Dipartimento

Compilatore: _____

Prenotazione		N° Missione _____
Impegno		_____ (firma del Direttore di Dipartimento)
Riga		
Mandato		