



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA

CODICE STRUTTURA
A.D1500

Si incarica:

Cognome e nome 0	Codice Fiscale 0	Qualifica/Rapporto con l'Ente 0
Sede di servizio PADOVA	Residenza 0	
A compiere la missione a 0	presso 0	
Motivazione 0		
Luogo di partenza: PADOVA	Luogo di rientro: PADOVA	
Data di partenza 00/01/1900	Ora di partenza 0,00	Data rientro 00/01/1900
		Ora rientro 0,00
Mezzo di trasporto 0	se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione 0	

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto: 0

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 0 Firma

RICHIESTA ANTICIPO	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	DATI RIMBORSO
Costo presunto			Banca:
0,00	€ -		0
0,00	€ -		0
0,00	€ -		IBAN:
0,00	€ -		0
Totale	€ -		

La spesa è a carico del conto 0 Firma titolare del conto

Data 00/01/1900 Il Richiedente

Si autorizza Il Responsabile della Struttura Prof. Roberto Vettor

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 Prof. Roberto Vettor