



Oggetto: **RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE DOTTORANDI**

MOD. B

Il/La Dott./Dott.ssa _____ frequentante il Corso di Dottorato ESFM
CICLO: _____ Anno frequenza: _____ dichiara che in data _____ ha effettuato una missione
a _____ con il seguente motivo: _____

GIORNO DI PARTENZA _____ ORE _____

GIORNO DI RIENTRO _____ ORE _____

SPESE SOSTENUTE:

ALBERGO: N. _____ PERNOTTAMENTI € _____

BIGLIETTO AEREO: ITINERARIO _____ € _____

TRASFERIMENTO AEREOPORTO: _____ € _____

BIGLIETTO TRENO: ITINERARIO _____ € _____

MEZZO PROPRIO: ITINERARIO _____ KM _____ € _____

Altri allegati (specificare): _____ € _____

Servizi offerti o gratuiti (specificare): _____

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 avere aspettative o congedi in atto (art. 5 c. 7) specificare _____
- di non percepire per lo stesso titolo somme da altri enti
- di richiedere il rimborso di € _____ esclusivamente per le seguenti spese minute documentate (vedi art. 8 c. 1 lett. b)

NOTE: _____

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

Qualora il **totale delle spese** sostenute in sede di missione fosse **SUPERIORE** all'ammontare totale della spesa preventivamente autorizzata al momento della presentazione del Mod A,

il Responsabile del Progetto AUTORIZZA NON AUTORIZZA

la spesa maggiore a valere sul Progetto: _____

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO: _____