



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:** \_\_\_\_\_