



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
CAGLIARI

## Richiesta di Rimborso spese di missione

Persona che ha compiuto la missione \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Valutazione comparativa per il reclutamento di (indicare il ruolo) \_\_\_\_\_

settore scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_

Facoltà di \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo della missione \_\_\_\_\_

Data e ora di partenza dal luogo di residenza \_\_\_\_\_

Data e ora di arrivo dal luogo di residenza \_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

**Documentazione allegata alla richiesta di liquidazione di una missione**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Missione effettuata a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Giorni complessivi n. \_\_\_\_\_ ore n. \_\_\_\_\_

**Spese di viaggio**

data	ora	itinerario		mezzo	prezzo
		Da	a		
		Da	a		
		Da	a		
		Da	a		
		Da	a		
		Da	a		
<b>Supplementi</b>					

**Totale rimborsabile** \_\_\_\_\_

**Spese Albergo**

Albergo	fattura	del	importo

**Totale rimborsabile** \_\_\_\_\_

**Spese ristorante**

Ristorante	Fattura	del	importo	rimborso

**Totale rimborsabile** \_\_\_\_\_

**Cagliari,**

**Firma**

\_\_\_\_\_

**MODULO PER ACCREDITO**

Il sottoscritto.....

Nato a.....prov. ....il. ....

Codice fiscale.....

Residente in..... CAP.....

Via.....

Telefono.....e-mail.....

Professione.....

Ente di appartenenza.....

Indirizzo ente di appartenenza

.....

Partita IVA.....

chiede che le competenze a me dovute siano pagate mediante accredito c/c bancario

Banca.....

Agenzia n°.....

Indirizzo.....

Numero c/c.....

IBAN.....

Codice SWIFT.....

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS N. 196/2003**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali ") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Università degli Studi di Cagliari informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Data.....

Firma.....