

LIQUIDAZIONE INCARICO MISSIONE DOTTORANDI

GIORNO INIZIO MISSIONE ____/____/____ ORE ____/____		
GIORNO FINE MISSIONE ____/____/____ ORE ____/____		
LOCALITÀ MISSIONE _____		
Allegati Descrizione	In valuta	In Euro

Totale		
ANTICIPO RICEVUTO € _____		
TOTALE DA RIMBORSARE € _____		
TOTALE COMPLESSIVO MISSIONE € _____		

Il richiedente dichiara di essere consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione non conforme a verità.

Roma _____

IL RICHIEDENTE

VISTI: a) il provvedimento di autorizzazione all'incarico di missione b) i documenti giustificativi delle spese sostenute qui allegati, attinenti alla missione ed al programma di ricerca del richiedente dottorando; c) i dati della tabella di cui sopra; SI APPROVA la liquidazione delle spese.

IL TUTORE

IL COORD. DEL DOTTORATO

IL DIRETTORE DEL DIP.TO

Banca _____

Sede via _____ Città _____ CAP _____

ABI

--	--	--	--	--

CAB

--	--	--	--	--

[illegible][illegible]**Firma**