

LIQUIDAZIONE INCARICO MISSIONE DOTTORANDI

GIORNO INIZIO MISSIONE ____/____/____ ORE ____/____																														
GIORNO FINE MISSIONE ____/____/____ ORE ____/____																														
LOCALITÀ MISSIONE _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Allegati Descrizione</th> <th style="width: 20%;">In valuta</th> <th style="width: 20%;">In Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Totale</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Allegati Descrizione	In valuta	In Euro	_____			_____			_____			_____			_____			_____			_____			_____			Totale		
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**