



# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA  
DIPARTIMENTO DI DIRITTO PRIVATO E CRITICA DEL DIRITTO

CODICE STRUTTURA  
AD0300

**Si incarica:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Qualifica/Rapporto con l'Ente \_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

**A compiere la missione a** \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Motivazione \_\_\_\_\_

Luogo di partenza: \_\_\_\_\_ Luogo di rientro: \_\_\_\_\_

Data di partenza \_\_\_\_\_ Ora di partenza \_\_\_\_\_ Data rientro \_\_\_\_\_ Ora rientro \_\_\_\_\_

Mezzo di trasporto \_\_\_\_\_ se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione \_\_\_\_\_

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto: \_\_\_\_\_

**Dichiarazione in caso di uso dell'automezzo privato:**

Il sottoscritto, dichiara di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per danni che l'uso dell'automezzo possa comunque arrecare a terzi e/o trasportati. Dichiara inoltre che l'autovettura è assicurata per la responsabilità civile verso terzi in base alla legge 24/12/1969 n. 990 e successive modificazioni.

L'autovettura è targata \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

RICHIESTA ANTICIPO	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	DATI RIMBORSO
			Banca:

La spesa è a carico del conto \_\_\_\_\_ Firma titolare del conto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_

Si autorizza \_\_\_\_\_ Il Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Si richiede rimborso (indicare "FORFETARIO" o "ANALITICO"): \_\_\_\_\_

**ELENCO DELLE SPESE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO ANALITICO:**

Spese:	Importo	Tipo valuta	Note	Riservato all'Amministrazione
Mezzi di trasporto totali	Km		(specificare i mezzi utilizzati)	
Pernottamento				
Vitto				
Iscrizione a convegni				

**RIMBORSO FORFETARIO** \_\_\_\_\_ Rimb.orario Italia; giornaliero Italia; giornaliero Estero \_\_\_\_\_

Data effettiva partenza: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_  
Data effettiva rientro: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che per la presente missione non ha ricevuto nessun altro rimborso né da questa Amministrazione né da altro Ente.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Firma Direttore Centro di spesa \_\_\_\_\_