

(MODELLO ALL.2)

ANTICIPAZIONE SPESE DI MISSIONE

IL SOTTOSCRITTO **NATO A IL**

DOMICILIO FISCALE **.CODICE FISCALE.**

MODALITA' DI PAGAMENTO : **QUIETANZA DIRETTA ALLO SPORTELLLO DEL CASSIERE**

BONIFICO BANCARIO (INDICARE COORDINATE BANCARIE)

BANCA.....**INDIRIZZO:**.....**CODICE IBAN:**

| SIGLA INT. | N.C | CIN | ABI | CAB | NUMERO DI CONTO CORRENTE |
|------------|-----|-----|-----|-----|--------------------------|
| | | | | | |

IN SERVIZIO PRESSO.....

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE A **DAL**.....**AL**

CONFERITO DA.....**PER**.....

**CHIEDE , AI SENSI DELL'ART.15. DEL REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO , L'ANTICIPAZIONE PREVISTA DALLA VIGENTE NORMATIVA;
 A TAL FINE DICHIARA:**

CHE L'AMMONTARE PRESUNTO DELLE SPESE DI VIAGGIO, EFFETTUATO CON (INDICARE IL MEZZO DI TRASPORTO).....

.....**È DI €**.....;

CHE INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI VITTO, CON PRESENTAZIONE DELLE RELATIVE FATTURE O RICEVUTE FISCALI, NELLA MISURA PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE (SOLO PER LE MISSIONI IN ITALIA);

CHE INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI PERNOTTAMENTO , PRESENTANDO LA RELATIVA FATTURA O RICEVUTA FISCALE (INDICARE LA DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO ALBERGHIERO E CATEGORIA DELLO STESSO).....

.....**AL COSTO DI €**..... **PER NOTTE.**

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE, CHE:

- **IN CASO DI MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA MISSIONE PROVVEDERA', SENZA INDUGIO, ALLA RESTITUZIONE DELL'ANTICIPAZIONE .**
- **IN CASO DI DEFINITIVA LIQUIDAZIONE DEL TRATTAMENTO DI MISSIONE DI AMMONTARE INFERIORE ALL'ANTICIPAZIONE , PROVVEDERA' ALLA RESTITUZIONE DEL MAGGIORE IMPORTO RISCOSSO ENTRO DIECI GIORNI DALLA COMUNICAZIONE DA PARTE DELL'UFFICIO COMPETENTE PER LA LIQUIDAZIONE.**

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN BASE ALLA LEGGE N.675 DEL 31-12.96

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SPESE VIAGGIO **€**.....

PASTI **N**..... **A €**.....**TOT. €**.....**AL 75%€**.....

PERNOTTAMENTI **N**..... **A €**.....**TOT. €**.....**AL 75%€**.....

DIARIA ALL'ESTERO GIORNI/ORE **N**.....**TOT. €**..... **€**.....

TOTALE €.....

**ALLEGO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE
 IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE**