



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

SETTORE CONTABILITÀ DEL PERSONALE

Nota delle competenze spettanti a titolo di indennità di soggiorno e di rimborso delle spese di viaggio ai sensi della legge 18 dicembre 1973, n. 836 e successive modificazioni, per la missione svolta dai commissari nominati con decreto n. _____ del _____
(di cui si allega copia) per:

- Selezione comparativa docenti di I^a fascia – gruppo scientifico disciplinare

- Selezione comparativa docenti di II^a fascia – gruppo scientifico disciplinare

- Selezione comparativa ricercatori – gruppo scientifico disciplinare

- Conferma in ruolo ricercatori – gruppo scientifico disciplinare

- Esami di ammissione dottorato di ricerca in

- Esami per il conferimento del dottorato di ricerca in

- Esami di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione

- Selezione personale tecnico-amministrativo

(cognome)
(nome)
(luogo e data di nascita)
(residenza)
(via, numero civico, codice avviamento postale, telefono)
(codice fiscale)



(amministrazione di appartenenza)

(qualifica – classe stipendiale)

1. RIMBORSO SPESE ED INDENNITÀ ATTINENTI AL VIAGGIO
AMMONTARE DELLA SPESA SOSTENUTA

- Su ferrovia per un posto di _____ classe €
 - tariffa d'uso
 - tariffa intera
- Su piroscafi ¹ per un posto di _____ classe €
 - tariffa d'uso
 - tariffa intera
- Su mezzi aerei di linea ¹ per un posto di _____ classe €
 - tariffa d'uso
 - tariffa intera
- Su altri mezzi di trasporto in servizio di linea ¹ €
 - per supplemento rapido
 - per compartimento **singolo** - **posto letto** - **cuccetta** €
 - per pedaggio autostradale

Indennità chilometrica (solo per missione all'interno del territorio italiano) relativa a :
uso del mezzo proprio ¹ € _____ x Km _____ €

2. RIMBORSO DI SPESA

Le spese sostenute posso essere rimborsate solo se documentate in originale –
Fatture o ricevute fiscali complete delle esatte generalità

- A. €
.....
- B. €
.....
- C. €
.....
- D. €
.....
- E. €
.....
- F. €
.....

¹ Per l'uso di tali mezzi dovrà essere allegata la richiesta di autorizzazione. La dichiarazione di esonero dell'Amministrazione da qualsiasi responsabilità è d'obbligo nel caso di uso del mezzo proprio.

DATA			ORA		ITINERARIO PERCORSO E LUOGHI DI SOGGIORNO	DURATA DELLA MISSIONE	
Giorno	Mese	Anno	Partenza	Rientro in sede		Numero di giorni	Numero di ore

TOTALE €
.....

DATA _____

FIRMA

Il sottoscritto dichiara quanto segue:

ESSERE

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Incasso diretto tesoreria

Accredito su C/C bancario N° _____ ABI _____ CAB _____ CIN _____

BANCA _____ Agenzia n° _____

Via _____ Città _____

IBAN

