DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE, BIOLOGICHE, FARMACEUTICHE E AMBIENTALI
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
LIQUIDAZIONE MISSIONE

Autorizzazione incarico missione - Prot. n°		

IMPUTAZIONE DELLA SPESA SU PROGETTO

VOCE COAN	

Il/La sottoscritt ____
dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che la missione e' stata adempiuta regolarmente
e ne indica di seguito la effettiva durata e l'itinerario percorso.

LOCALITA' MISSIONE:				
INIZIO:	DATA		ORE	
FINE:	DATA		ORE	

Ai fini del relativo trattamento economico, si allegano i sottoelencati documenti di spesa:

DATA	TIPOLOGIA SPESA IN ORDINE CRONOLOGICO	IMPORTO
	Totale richiesto a rimborso	

Si allega inoltre:

[] Attestato di partecipazione ai lavori inerenti la missione.

Messina, _____ *L'incaricato della missione:_____*

VISTO: Il S.A.D.

_____

Si autorizza la liquidazione: Il Direttore del Dipartimento