



**Alla Direzione Risorse Finanziarie
Ufficio Bilancio
Via Università 4
41121 Modena
Tel. 059/2056427
Fax 059/2056425**

RIMBORSO MISSIONI

IL SOTTOSCRITTO _____
DELL'UNIVERSITA' DI _____
IN QUALITA' DI MEMBRO DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE PER LA VALUTAZIONE COMPARATIVA
_____ RIUNITASI A _____
(indicare la località)
con il seguente calendario

<u>DATE</u>	<u>ATTIVITA'</u>
____/____/____	<u>SEDUTA PRELIMINARE</u>
____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	<u>LAVORI COMMISSIONE</u>
____/____/____	<u>CHIUSURA LAVORI</u>

DICHIARA DI AVER EFFETTUATO IL/I VIAGGIO/I NEI SEGUENTI TERMINI:

PARTENZA	RIENTRO IN SEDE
Data ____/____/____ ora ____/____	Data ____/____/____ ora ____/____
Data ____/____/____ ora ____/____	Data ____/____/____ ora ____/____
Data ____/____/____ ora ____/____	Data ____/____/____ ora ____/____
Data ____/____/____ ora ____/____	Data ____/____/____ ora ____/____

IL SOTTOSCRITTO SI E' AVVALSO DI UNO DEI SEGUENTI MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARI:
 TAXI AUTO NOLO AUTO PROPRIA. Dichiaro in tal caso di sollevare l'Università di Modena e Reggio Emilia da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta circa l'uso di tale mezzo

MOTIVI: _____

CHIEDE PERTANTO IL RIMBORSO DELLE SPESE ALLEGATE E SOTTO SPECIFICAMENTE ELENcate

DATA,

IL RICHIEDENTE
