 **Istituto per il Sistema Produzione Animale in Ambiente Mediterraneo (*ISPAAM*)**

**Sede:** Via Argine, 1085, 80147 Napoli; Tel. +39-081-5964977 / +39-081-5966006

 Fax +39-081-5965291;

 E-mail: istituto.sede@ispaam.cnr.it; [www.ispaam.cnr.it](http://www.ispaam.cnr.it/)

 Pec: protocollo.ispaam@pec.cnr.it

**Unità Organizzativa di Supporto**

Traversa La Crucca, 3 - Loc. Baldinca, 07040 - Li Punti, Sassari

Tel. +39-079-2841601; +39-079-2841602; Fax +39-079-2841699

 E-mail: istituto.sezione@ispaam.cnr.it

 **RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE**

**Cognome e Nome del richiedente \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Matricola**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **C.Terzo\_\_\_\_\_\_\_**

**Qualifica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Livello/Parametro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residenza e indirizzo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - 1. Oggetto della missione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			2. Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Italia – □ Estero, Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
			3. In caso di località estera, barrare il trattamento richiesto
				1. ***□ Rimborso documentato - □ Trattamento alternativo di missione***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Andata** | **Data** | **Ora** | **Ritorno** | **Data** | **Ora** |
| **Inizio Missione** |  **/ /** | **:** | **Fine missione** |  **/ /** | **:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Descrizione** | **Importi**  |
|  | **( pernottamento: albergo -località – numero di fattura)** | **€** |
|  |  | **€** |
|  | **( vitto: ristorante-località – numero di ricevuta)** | **€** |
|  |  | **€** |
|  |  **( trasporto: aereo/ferroviario- numero titolo)** | **€** |
|  |  | **€** |
|  | **( iscrizione Convegno: fattura intestata al dipendente)** | **€** |
|  |  | **TOTALE** |

Modalità pagamento : bonifico C/C –IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anticipazioni Monetarie ricevute dal CNR- ISPAAM: Nessuna \_\_\_\_\_\_\_\_Con Mandato CNR-ISPAAM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre Spese di Missione anticipate dal Agenzia Viaggi (es. Albergo, Biglietti Aerei/Ferroviari)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di aver/non aver ricevuto rimborso o concorso spese da terzi, per un importo di Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da detrarre.

La spesa graverà Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Voce di bilancio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GAE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiaro sotto la mia responsabilità che relativamente all’eventuale procedura di acquisto ondine di biglietti aerei o ferroviari, di averne sostenuto la spesa; che la stessa è rimasta interamente a mio carico e che non ne è stato richiesto a terzi ulteriore rimborso. Si dichiara inoltre che i dati sopra indicati corrispondono a verità e di essere a conoscenza della responsabilità penale prevista, dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate in merito alla presente richiesta di** **rimborso spese di missione**

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Richiedente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Direttore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_