



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

CENTRO DI SPESA

CODICE STRUTTURA

DIP. DI SCIENZE CHIRURGICHE ONCOLOGICHE E GASTROENTEROLOGICHE

D090000

Si incarica:

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____ Qualifica/Rapporto con l'Ente _____

Sede di servizio _____ Residenza _____

A compiere la missione a _____ presso _____

Motivazione _____

Luogo di partenza: _____ Luogo di rientro: _____

Data di partenza _____ Ora di partenza _____ Data rientro _____ Ora rientro _____

Mezzo di trasporto _____ se il mezzo è straordinario Firma di autorizzazione _____

Si dichiara che la spesa è connessa alle finalità della ricerca. Nome progetto: _____

Dichiarazione in caso di uso dell'automezzo privato: _____

Il sottoscritto, dichiara di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per danni che l'uso dell'automezzo possa comunque arrecare a terzi e/o trasportati. Dichiara inoltre che l'autovettura è assicurata per la responsabilità civile verso terzi in base alla legge 24/12/1969 n. 990 e successive modificazioni.

L'autovettura è targata _____ Firma _____

RICHIESTA ANTICIPO	Indicare importo in cifre	Riservato all'ufficio per la liquidazione	DATI RIMBORSO
Costo presunto			Banca:
			Agenzia/Filiale
			Indirizzo
			C/C n.
			Cod.ABI
			Cod. CAB
Totale	€ -		

La spesa è a carico del conto _____ Firma titolare del conto _____

Data _____ Il Richiedente _____

Si autorizza _____ Il Responsabile della Struttura _____