



**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> / / </u>	<u>SEDUTA PRELIMINARE</u>
<u> / / </u> <u> / / </u> <u> / / </u>	<u>LAVORI COMMISSIONE</u>
<u> / / </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 SPECIFICATAMENTE
ELENcate**

DATA,

IL RICHIEDENTE
