

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE A** \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' SVOLTA:** \_\_\_\_\_

| PARTENZA |     |      | ARRIVO |     |      | DATA E ORA<br>ATTRAV. FRONTIERE |
|----------|-----|------|--------|-----|------|---------------------------------|
| Città    | Ora | Data | Città  | Ora | Data |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |
|          |     |      |        |     |      |                                 |

**DISTINTA DELLE SPESE DI VIAGGIO DOCUMENTATE DA ALLEGATI**

| Mezzo<br>trasporto | Percorso | Costo biglietto<br>euro | Acquisto biglietto<br>Agenzia                           | Costo<br>noleggio auto | Pedaggi<br>autostrada |
|--------------------|----------|-------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
|                    |          |                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                        |                       |
|                    |          |                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                        |                       |
|                    |          |                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                        |                       |
|                    |          |                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                        |                       |
|                    |          |                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                        |                       |

Richiesta rimborso spese di albergo ☐ NO ☐ SI (allegate n. \_\_\_\_\_ fatture/ricevute fiscali)

Richiesta rimborso spese di vitto ☐ NO ☐ SI (allegate n. \_\_\_\_\_ fatture/ricevute fiscali)  
(valido solo per missioni in Italia)

Richiesta rimborso quota iscrizione Convegno ☐ NO ☐ SI (Importo) <sup>comprensiva</sup>/<sub>non comprensiva</sub> di ☐ Vitto ☐ Alloggio  
(come da ricevuta allegata)

**Compilare solo in caso di richiesta rimborso parziale**

Ricevuto da altra Amministrazione o a proprio carico: ☐ Contributo forfettario per l'importo di \_\_\_\_\_  
☐ Contributo alle spese di viaggio per l'importo di \_\_\_\_\_ ☐ Totale spese viaggio  
☐ Diarie a carico INFN per n. \_\_\_\_\_ giorni,  
restanti giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ a carico di \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_ Visto del Capo Gruppo \_\_\_\_\_

