



Da compilare, firmare e inviare in formato pdf a: missioni@cref.it

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

con qualifica di _____

avendo eseguito la missione da _____ a _____

come di seguito riportato:

Inizio missione (gg/mm/aaaa)	Ore	Fine missione (gg/mm/aaaa)	Ore

Richiede che gli/le venga liquidato:

- il trattamento di missione **con rimborso documentato** in conformità all'art. 1 del D.I. 23/03/2011
oppure
- il trattamento **alternativo** di missione come previsto dall'art. 4 del D.I. 23/03/2011

Allega i documenti originali delle spese sostenute di cui richiede il rimborso come da **tabella allegata**:

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA**:

- di NON aver ricevuto alcuna anticipazione per la suddetta missione
- di avere ricevuto per la suddetta missione l'anticipazione di € _____

- di NON aver fruito di vitto gratuito
- di NON aver fruito di alloggio gratuito
- di aver fruito di vitto gratuito fornito dall'Amministrazione, da Istituzioni comunitarie, da Stati Esteri o da soggetti privati
- di aver fruito di alloggio gratuito fornito dall'Amministrazione, da Istituzioni comunitarie, da Stati Esteri o da soggetti privati

- di aver ricevuto il rimborso o concorso di spese da terzi per € _____ (da detrarre)
- di NON aver chiesto alcun rimborso o concorso di spese a terzi e si impegna di non chiederlo



- di aver iniziato il viaggio di ritorno da _____ alle ore _____ del giorno _____
- di aver pernottato in albergo di _____ categoria

Il/La sottoscritto/a fa presente che, relativamente alla spesa del (indicare la tipologia, es. iscrizione, hotel) _____ ha presentato ricevuta/e **non originale/i** completa/e di tutti gli elementi indispensabili per la liquidazione in quanto ha usufruito di un **servizio acquistato on-line**.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver effettivamente sostenuto la spesa, **si impegna** a non richiederne il rimborso a terzi e **si impegna** inoltre a riversare il relativo ammontare, nel caso in cui gli organi preposti al controllo di regolarità amministrativa e contabile non ritenessero idoneo/i il documento/i in questione

Il Richiedente _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 DPR 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 DPR 445/2000).

Data _____

Il Richiedente _____

SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DELLE SPESE

L'Assegnatario dei fondi/Il Responsabile del Progetto di Ricerca



Allegato – Tabella Riepilogo Spese

DOCUMENTI ORIGINALI ALLEGATI							
Numero Allegato	Tipologia Spesa					DESCRIZIONE	IMPORTO
	Viaggio	Albergo	Iscrizione Convegni	Vitto	Altro		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
							TOTALE €

Chiede che le competenze spettanti per la missione in oggetto, siano:

accreditate come da coordinate stipendiali

accreditate presso Banca – Istituto _____

N.ro conto _____

ABI _____ CAB _____ CIN _____

IBAN (obbligatorio) _____

Per i pagamenti all'estero sia UE che extra UE oltre al codice IBAN è obbligatoria l'indicazione del codice:

BIC/SWIFT _____

Data _____

Firma _____