



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITÀ MEDICO CHIRURGICHE

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sostenute e la liquidazione delle diarie spettanti per il viaggio appresso specificato, a norma della legge 18.12.1973, n. 836 e successive modificazioni ed integrazioni.

Cognome e nome del richiedente:	
Nato/a a:	il ___/___/___
Qualifica:	Codice fiscale*:
Indirizzo:	Città:
Codice IBAN*:	Banca:
Descrizione del fondo di riferimento*:	
Codici*: UPB _____ CRF _____	Anno*: _____
*- <b>indicazioni obbligatorie</b>	

Data inizio missione	
Ora inizio missione	
Data fine missione	
Ora fine missione	
Nome della località	

Si allegano i seguenti documenti giustificativi di spesa:

1)	€
2)	€
3)	€
4)	€
5)	€
6)	€
7)	€
8) Km percorsi con auto propria/istituto n.	€
<b>TOTALE</b>	<b>€</b>

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il titolare del Fondo \_\_\_\_\_

Catania,

SI AUTORIZZA  
IL DIRETTORE