



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE

Io sottoscritto/a _____

chiedo il rimborso delle spese sostenute nella **missione n.** _____ (*numero missione easy web*)

delle quali allego i biglietti di viaggio e la documentazione delle spese in originale, nei limiti stabiliti dal "Regolamento missioni e spostamenti tra le sedi dell'Ateneo", emanato con D.R. Rep. n. 354/2017 Prot. n. 5828 del 11/04/2017.

UPB : _____

Novara, lì _____

Il Richiedente _____

PARTE DA COMPILARSI A CURA DELL'UFFICIO RISORSE

Missione N° _____

Luogo della missione : _____

Data di inizio della missione : ____ / ____ / _____

UPB _____ Voce Bilancio _____

Pren. _____ Imp. _____ Liq. _____ MD. _____ € _____

UPB _____ Voce Bilancio _____

Pren. _____ Imp. _____ Liq. _____ MD. _____ € _____

COSTO TOTALE € _____

Novara, lì _____ (*data di liquidazione*)

Il Responsabile dell'Ufficio Risorse : _____

Il Direttore del Dipartimento : _____