



Università degli Studi di Milano-Bicocca
Area del Personale - Ufficio Missioni
P.zza dell'Ateneo Nuovo, 1
20126 Milano
Tel. 02.6448.6134

**MODULO PER RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DELLE SPESE DI MISSIONE
A FAVORE DI COMMISSARI PER CONCORSI, DOTTORATI ED ESAMI DI STATO**

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____

Nome _____

Qualifica funzionale _____

in servizio presso _____

COMPIE LA SEGUENTE MISSIONE:

luogo _____

motivo dettagliato _____

	data	ora	minuti
Partenza dal luogo di abituale dimora			
Arrivo nel luogo di missione			
Partenza dal luogo di missione			
Arrivo nel luogo di abituale dimora			

Firma del Commissario

Parte riservata all'amministrazione

la spesa graverà su:

CAT.		CAP.		C.d.C.		FONDO	
------	--	------	--	--------	--	-------	--

DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA PARTECIPAZIONE DEI COMMISSARI:

- COMMISSIONE GIUDICATRICE DELLE PROCEDURE DI VALUTAZIONE COMPARATIVA

PER LA COPERTURA A POSTI DI _____

PRESSO LA FACOLTÀ DI _____

SETTORE _____

- COMMISSIONE GIUDICATRICE DEL DOTTORATO DI RICERCA CICLO _____

TITOLO: _____

Il sottoscritto Prof. _____ Presidente della Commissione,

dichiara che nei giorni _____ il Prof. _____

ha partecipato alle riunioni del concorso sopra indicato.

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

**DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI COMMISSARI DI:
COMMISSIONE GIUDICATRICE DELLE PROCEDURE DI VALUTAZIONE COMPARATIVA
COMMISSIONE GIUDICATRICE DI DOTTORATO DI RICERCA - ESAMI DI STATO - CONCORSI
(DA COMPILARE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

TEL. _____ E-MAIL _____

QUALE MEMBRO DI COMMISSIONE _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 20.12.2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E FORMAZIONE E UTILIZZO DI ATTI FALSI

DICHIARA

LUOGO DI ABITUALE DIMORA _____

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE N. _____ P.IVA N. _____

DI ESSERE DIPENDENTE _____
(indicare Ente di appartenenza)

QUALIFICA _____ CLASSE _____
(la classe stipendiale è necessaria per i Professori Ordinari)

BANCA _____

INDIRIZZO _____

Coordinate Bancarie IBAN												
	COD	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente							
IT												

Si informa che i dati personali riportati nella scheda anagrafica saranno trattati secondo le modalità e nei limiti previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (DLGS 196/2003).

FIRMA

SPESE DI VIAGGIO

N.	Descrizione della spesa	Importo	Cod. voce
1	BIGLIETTI FERROVIARI		004
2	SUPPLEMENTI W.L. O CUCCHETTA		007
3	SUPPLEMENTI FERROVIARI DIVERSI		010
4	BIGLIETTO AEREO		011
5	SUPPLEMENTI AEREI DIVERSI		015
6	SUPPL. AEREO PER ECCEDEXZA BAGAGLIO		012
7	AIR TERMINAL		013
8	BIGLIETTI AUTOCORRIERA		016
9	BIGLIETTI NAVE		017
10	SUPPLEMENTI NAVALI DIVERSI		018
11	MEZZI DI TRASPORTO URBANO		035
12	TAXI		037
13	PARCHEGGIO/GARAGE		039
14	PEDAGGIO AUTOSTRADALE		031
15	VIAGGI EFFETTUATI CON AUTO PROPRIA AUTORIZZATA: KM PERCORSI N.		019
16	FATTURA ALBERGO		030
17	VITTO		033
18			
19			
20			
21			
22			
23			

ANNOTAZIONI DEL RICHIEDENTE (AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000 E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FORMAZIONE E UTILIZZO DI ATTI FALSI)

Milano, _____

Firma del Commissario

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE
