

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SUI FONDI DEL BUDGET 10%⁰¹

Il/la sottoscritto/a (*Cognome*) _____ (*Nome*) _____
luogo di nascita _____ prov. _____ data di nascita _____
c.f. _____ e- mail _____
residente in: _____ via _____ n. _____ prov. _____ CAP _____
iscritto/a al Dottorato di ricerca in _____
ciclo _____ curriculum _____
anno di frequenza _____

CHIEDE

il rimborso delle seguenti spese sostenute per:

☐ **MISSIONE a:** (*luogo di destinazione*) _____
autorizzata in data _____ dal Coordinatore del Collegio del Corso di Dottorato ad effettuare
periodo del soggiorno: dal _____ al _____

dichiara di: aver effettuato un soggiorno fuori sede con la seguente motivazione: (*indicare l'opzione che interessa*)

- ☐ partecipazione a convegno (*titolo*) _____
svoltosi dal _____ al _____ in qualità di:
 - ☐ relatore (*allegare programma*)
 - ☐ partecipante (*allegare relazione o attestato di partecipazione*)
- ☐ attività di ricerca connessa con la tesi di Dottorato
- ☐ altro (*specificare*) _____

¹ il rimborso delle spese può essere concesso solo per le spese effettuate in periodi non coincidenti con quelli nei quali viene erogata la maggiorazione del 50%.

1 il II budget del 10% PUO' essere concesso nei periodi coincidenti con quelli nei quali viene erogata la maggiorazione del 50%. esclusivamente per rimborsare le tasse universitarie se richieste obbligatoriamente dall'Ente ospitante.



Inizio missione: data _____ ora _____

Fine missione: data _____ ora _____

☐ **ACQUISTI/ALTRO:** le spese sono state sostenute per *(indicare il motivo)* _____

TAL FINE PRESENTA, ALLEGATA ALLA PRESENTE, LA DOCUMENTAZIONE DELLE SPESE SOPRA INDICATE.

**(firma del/la richiedente)*

Data _____

*Allegare documento di identità



Pagamento presso:

Banca	Agenzia
-------	---------

Intestato a

Codice IBAN:

Numero conto corrente

DETTAGLIO DELLE SPESE SOSTENUTE (Allegare gli originali delle spese documentate debitamente **NUMERATI e SIGLATI**).

N.	MOTIVAZIONE SPESA	IMPORTO
TOTALE		

Si autorizza

Coordinatrice
Ufficio Dottorati di Ateneo
Dott.ssa Stefania Eutropi

FIRMA DEL/LA RICHIEDENTE