



**A) Nota liquidazione missione** (da compilare a cura dell'interessato) \_\_\_\_\_

Data	Itinerario	Ora partenza	Ora arrivo

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**B) Operazione a cura dell'Ufficio Amministrativo**

- A) Spese di viaggio tot. €. \_\_\_\_\_
- C) Aumento del \_\_\_\_\_ sulle spese di viaggio a tariffa intera (ferrovia) tot. €. \_\_\_\_\_
- D) Supplemento tot. €. \_\_\_\_\_
- E) Supplemento carrozza - letto, posto letto, cuccetta tot. €. \_\_\_\_\_
- F) Indennità chilometrica tot. €. \_\_\_\_\_
- G) Indennità percorsi effettuati via ordinaria Km. \_\_\_\_\_ tot. €. \_\_\_\_\_
- H) Spese per alloggio tot. €. \_\_\_\_\_
- I) Spese per vitto tot. €. \_\_\_\_\_
- L) Prenotazione obbligatoria tot. €. \_\_\_\_\_
- M) Quota d'iscrizione Congressi Convegni Meetings tot. €. \_\_\_\_\_
- N) \_\_\_\_\_
- O) \_\_\_\_\_

TOTALE €. \_\_\_\_\_

Anticipazione n. mandato \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

TOTALE €. \_\_\_\_\_

Firma del titolare del fondo di ricerca  
o responsabile della convenzione

Firma dell'interessato

Il Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Università  
degli Studi  
della Campania  
*Luigi Vanvitelli*

Scuola di Medicina e  
Chirurgia

Dipartimento  
Multidisciplinare di  
Specialità Medico -  
Chirurgiche e  
Odontoiatriche

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara (\*) di sollevare  
l'Amministrazione Universitaria/Dipartimento da ogni responsabilità derivante dall'uso dell'auto, dovuto ai  
seguenti motivi \_\_\_\_\_

Dichiara (\*) che la quota di iscrizione comprende / non comprende:

- 1) prenotazione alberghiere;
- 2) n. \_\_\_\_\_ pranzi o cene sociali o colazioni di lavoro;
- 3) atti del convegno.

Dichiara (\*) che l'importo di €. \_\_\_\_\_ versato in data \_\_\_\_\_ all'albergo

- 1) prima colazione;
- 2) pranzo o cena;

Napoli \_\_\_\_\_

L'interessato  
\_\_\_\_\_

CODICE CREDITORE \_\_\_\_\_

IMPEGNO N. \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA IL PAGAMENTO

SU UPB: .....

Il Titolare del Fondo  
\_\_\_\_\_

Il Direttore di Dipartimento  
\_\_\_\_\_

MANDATO N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il Segretario Amm.vo  
\_\_\_\_\_

(\*) Cancellare le voci che non interessano

Scuola di Medicina e  
Chirurgia  
Dipartimento Multidisciplinare  
di Specialità Medico -  
Chirurgiche e Odontoiatriche

Via Luigi De Crecchio 6  
80138 Napoli  
T.: +39 081 5665987/5525  
/5523/5475/5476/5478  
F.: +39 081 5665523/5477

dip.mdsarco@unicampania.it  
dip.mdsarco@pec.unicampania.it  
www.dipmdsarco.unicampania.it