



Richiesta di Autorizzazione Missione

Codice*

Titolare

CENTRO DI COSTO BENEFICIARIO*		
CENTRO DI COSTO PAGANTE*		
GAE DI USCITA DELLA SPESA		
DA RENDICONTARE SU PROGETTO		CUP: <input type="text"/>

LOCALITA' DI DESTINAZIONE*

SOGGETTO IN MISSIONE*

DAL GIORNO*:

AL GIORNO*:

MEZZO DI TRASPORTO*:

MOTIVAZIONE*:

ALLEGATI:

TAM (Trattamento Alternativo di Missione)*

SI

NO

SPESE DI VIAGGIO

EURO

SPESE DI ALBERGO

EURO

QUOTE DI REGISTRAZIONE A EVENTO

EURO

COMPRESIVE DI VITTO E ALLOGGIO

TOTALE

EURO

FIRMA TITOLARE

CENTRO DI COSTO BENEFICIARIO*

FIRMA TITOLARE

CENTRO DI COSTO PAGANTE*

DATA*

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE

DOTT. GIOVANNI FELICI

NOTA: Senza i campi contrassegnati con l'asterisco (*) la richiesta non potrà essere evasa.