

AL COORDINATORE DEL COLLEGIO
DEL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA

Mod RRB10
Rev.1 19/09/2024

AL POSTLAUREA
AREA MANAGEMENT DIDATTICO
SEDE

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 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.

Unistrasi Dottorati

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
 Responsabile ad interim
 Area Management Didattico e URP
 Dott.ssa Silvia Tonveronachi

FIRMA DEL/LA RICHIEDENTE
