***Modulo saldo***

***Dottorati di Ricerca: saldo missione***

**DIREZIONE FINANZA E CONTABILITÀ**

**Area Contabilità Medicina e Chirurgia**

**c.a. Dott.ssa Elisabetta Guidi**

**AL COORDINATORE DEL DOTTORATO DI RICERCA**

**AREA RICERCA**

**U.O. DOTTORATI DI RICERCA**

**e p.c. AL DIRETTORE DELLA**

**SCUOLA DI DOTTORATO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M  F  (Cognome e Nome) (Sesso)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a alla Scuola di Dottorato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

primo  secondo  terzo anno di corso del Dottorato di ricerca in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare di borsa di dottorato:  SI  NO

Con riferimento alla missione a ………………………………………………….. dalle ore……………del giorno ………………………… alle ore …………….………. del giorno …………………………. ,

**CHIEDE**

Il rimborso delle seguenti spese:

* *Elenco spese pasti:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N.RO | DATA | DESCRIZIONE | IMPORTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *Spese per trasporto*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N.RO | DATA | DESCRIZIONE | IMPORTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *Spese pernottamento*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N.RO | DATA | DESCRIZIONE | IMPORTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *Altre spese*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N.RO | DATA | DESCRIZIONE | IMPORTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE** |  |

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità di (si prega di cancellare l'ipotesi che non interessa):

avere / non avere ricevuto anticipo di € \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

avere / non avere ricevuto alloggio / vitto gratuito

non percepire per lo stesso titolo somme da altri enti

Che la spesa totale della missione, escluso l’anticipo di cui sopra, è pari ad € ……………………..

Da imputare sul seguente progetto:

Progetto ……………………………………. fondi messi a disposizione dalla Scuola di Dottorato solo per gli iscritti al I anno per un importo di € ……….

Progetto ………………………………………. fondi messi a disposizione dal Corso di Dottorato

Progetto ………………………………………… del budget del 10% pari ad **€ 1.534,32**  per gli iscritti al secondo e al terzo anno

Il sottoscritto prende atto che il D. Lgs. 30/06/03 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo il decreto legislativo indicato, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’art. 13 del suddetto decreto la informiamo che il trattamento che intendiamo effettuare:

1. ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a Suo favore dei compensi dovuti e l’applicazione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente;
2. sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
3. i dati in possesso dell’Università potranno essere forniti ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge

**S’IMPEGNA**

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d’ora Università di Verona da ogni responsabilità in merito.

Verona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_