



AREA _____

SERVIZIO _____

UFFICIO _____

TABELLA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE O SERVIZIO FUORI SEDE

Indennità dovuta al/alla Sig./Sig.ra _____ Categoria _____

in servizio presso (*Struttura*) _____

abituale dimora (*Comune*) _____

per **singola** missione e/o sopralluogo e/o Servizio fuori sede compiuto

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____

per missioni e/o sopralluoghi e/o Servizi fuori sede compiuti nei giorni dettagliati all'interno.



RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO (ANDATA E RITORNO)

Ferrovie	€
Autolinee	€
Mezzi marittimi	€
Mezzi aerei	€
Mezzo proprio (€ _____ x Km _____)	€
Taxi	€
Metro	€
Trasporti urbani	€
Pedaggi	€
Posteggi e/o custodie	€
Vitto	€
Alloggio	€
Altre spese documentate	€
TOTALE	€

_____, lì _____
(Comune) (data)

Il Dipendente
(firma)

Visto e riconosciuto regolare il
presente prospetto, si liquida per
€ _____.

Il Dirigente e/o Responsabile
(timbro e firma)
