

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE DI MISSIONE DEI MEMBRI DI COMMISSIONE DI  
ESAME FINALE DI DOTTORATO  
*TRAVEL EXPENSES REFUND FORM FOR PHD FINAL EXAM COMMITTEE MEMBERS*

Al Dipartimento di Fisica  
dell'Università di Roma "La Sapienza"

Il sottoscritto/*The undersigned*

Nome / *Name:*

---

Cognome / *Surname:*

---

Luogo di nascita / *Place of birth:*

---

Data di nascita / *Date of birth:*

---

Domicilio / *Private address*

Stato / *Country:*

---

Città / *City:*

---

Indirizzo / *Address:*

---

C.A.P. / *Zip code:*

---

Codice fiscale / *Italian fiscal code:*

---

*(This field is mandatory for Italian citizens and foreign citizens resident in Italy.  
Foreign visitors not resident in Italy can leave the field blank)*

Università o Istituzione di appartenenza / *Affiliation*

---

Qualifica / *Role*

---

Email

---

Chiede a codesta Amministrazione di voler provvedere alla liquidazione delle spese dettagliate in calce e relative alla missione effettuata a Roma presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in qualità di membro della commissione finale di dottorato di

---

*He/she requests the present Administration to reimburse the expenses listed below and incurred during the travel to the University of Rome "La Sapienza" as a member of the final examination committee of the candidate*

A tal fine dichiara / *He/she declares*

Luogo di inizio della missione / *Travel starting place*

\_\_\_\_\_

Data e ora di inizio della missione / *Travel starting date (day-month-year) and time*

\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di aver sostenuto le seguenti spese, di cui allega documenti giustificativi in originale: / *He/she also declares to have incurred the following expenses (original supporting documents are attached, including the boarding card for each flight)*

Mezzo di trasporto e costo / *Transportation used and total cost*

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pasti (numero e costo totale) / *Meals (number and total cost)*

n. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pernottamenti (numero di notti e costo totale) / *Overnight stays (number and total cost)*

n. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pedaggi autostradali (numero e costo totale) / *Highway tolls (number and total cost)*

n. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Altro / *Other items*

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Chiede infine che le competenze spettanti per la missione siano accreditate presso /  
*The reimbursement should be credit-transferred to*

Nome della banca / *Bank name* \_\_\_\_\_

Intestatario del conto / *Bank account holder*

Numero conto / *Account number* \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC/SWIFT CODE: \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

(Data e firma del richiedente) / *(Date and Signature of the applicant)*

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

\_\_\_\_\_

(Nome e cognome in stampatello) (firma)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI FISICA \_\_\_\_\_

(firma)