**RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER MOBILITÀ**

***(Allegato all’Autorizzazione per attività di dottorato )***

**il sottoscritto**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | | **Nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | | |
|  | |  |  |  | | |
| **Corso di dottorato** |  | | | | **Ciclo** |  |

**in relazione alla MOBILITÀ da espletare presso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ateneo/Ente sede dell’attività** | **Nazione** | **Data inizio mobilità** | **Data fine mobilità** |
|  |  |  |  |

# dichiara

# le seguenti spese analiticamente preventivate

|  |  |
| --- | --- |
| **Spesa del viaggio** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Spesa giornaliera presunta per l’alloggio € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Spese per partecipazione a congressi/convegni** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Anticipo richiesto:** | **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# e chiede

la concessione dell’anticipo per le spese relative alla suddetta mobilità, ai sensi del *Vademecum sui contributi a sostegno della formazione e della ricerca per i dottorandi*, con la seguente modalità di pagamento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Versamento su c/c: IBAN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * **Riscossione per cassa presso gli sportelli Intesa San Paolo.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

La/il sottoscritta/o dichiara che non fruirà di vitto e/o alloggio gratuiti, né di eventuali sovvenzioni per il viaggio o per il soggiorno. Inoltre si impegna a presentare la richiesta di liquidazione con la documentazione prescritta al termine della mobilità.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo e data** |  | |
| **Il DOTTORANDO richiedente** | | **Visto, si liquidi**  **il Responsabile AMMINISTRATIVO della Struttura** |
|  | |  |

**La presente richiesta deve pervenire, almeno 3 giorni prima della partenza, al seguente indirizzo di post@:** [**rimborsi.dottorato@unimc.it**](mailto:rimborsi.dottorato@unimc.it)