|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COMISION DE SERVICIOS** | **Ejercicio**: |
| **Expte:** |
| **Ref. Interna**: |
| **Nº Justif.Asoc.:** |

UNA VEZ CUMPLIMENTADO ESTE IMPRESO, EL BENEFICIARIO DEBERÁ INCLUIR SU FIRMA ELECTRÓNICA Y LA DEL SUPERIOR JERÁRQUICO REMITIÉNDOLO POSTERIOMENTE A [movilidad.staff@uva.es](mailto:movilidad.staff@uva.es). EL SERVICIO DE RELACIONES INTERNACIONALES SE ENCARGARÁ DE RECOPILAR LA FIRMA DEL SR GERENTE.

Solicitud de comisión de servicio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales:** | |  |  |
| **Solicitante**: Apellidos: | Nombre: | | **N.I.F** |
| **Puesto/cargo: Correo electrónico:** | **Centro/Dpto/Servicio:** | |  |
| **Datos de la Comisión** |  |  | **En caso de anticipo** |
| **Motivo del viaje:** |  |  | Nº Adelanto: |
| **Lugar de desplazamiento:** |  |  | Impte Anticipo: |
| **Fechas**: | **Medio locom.:** |  | Fecha Límite Justificación: |
| Sólo para asistentes a **Congresos y Seminarios**:  1. Manutención **incluida** en el pago de la inscripción………… | | **comidas / cenas Nº /** | Nº Cheque: |
| Y al propio tiempo solicita además | |  | RECIBI la cantidad arriba indicada y me comprometo a justificar el anticipo antes de la fecha límite señalada.  En , a de de 201 EL INTERESADO, |
| Anticipo para: Dietas de manutención  Gastos de alojamiento Gastos de viaje  En Valladolid, a fecha de firma electrónica | | |
| EL INTERESADO, Vº Bº Superior Jerárquico  Fdo.: Fdo: | | | Fdo.: |
|  | | | |

Autorización y Designación:

De conformidad con las disposiciones vigentes, se autoriza el desplazamiento en Comisión de Servicio del interesado, que implicará, por desconcentración administrativa, la designación de la correspondiente Comisión de Servicio.

En Valladolid, a fecha de firma electrónica

EL GERENTE/SUPLENTE en su caso

Fdo:

Datos relativos al Pago:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Perceptor: | | | | | | | NIF |
| *En caso de transferencia, indicar código IBAN* (24 dígitos) | | | | | | **Liquidación:** | |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | IMPORTE TOTAL: |  |
| En su caso Nº cheque: | | | | | | Importe Anticipado: |  |
| TOTAL A PERCIBIR:: |  |
|  | | | | | | **\*SOLO FIRMAR CUANDO SE HAYA COBRADO POR CHEQUE\***  RECIBÍ: EL INTERESADO, | |
| Fdo.: |  |

Zonas sombreadas reservadas para los Servicios Administrativos.

**IMPORTANTE: DENTRO DE LOS DÍEZ DIAS SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS, EL INTERESADO PRESENTARÁ LA CUENTA JUSTIFICATIVA PARA SU LIQUIDACIÓN.**