

JUSTIFICANTE DE LA INDEMINIZACIÓN

| | | | |
|---|--|---|-------------------------|
| D/D^a | | DNI | |
| Puesto de Trabajo | | | |
| Instituto/Centro | <i>Fundación Investigación del Cáncer Universidad de Salamanca</i> | | |
| DECLARA, a los efectos del Real Decreto 462/2002, sobre Indemnizaciones por razón del servicio, que ha realizado la comisión de servicio autorizada con arreglo a los siguientes datos: | | | |
| Motivo del viaje | | | |
| Itinerario /Medios de locomoción | | | |
| | En caso de vehículo particular indicar: | Modelo | Matrícula |
| Otros gastos | | | |
| Importes | | | |
| Manutención | Locomoción | Alojamiento | Otros Gastos |
| | | | |
| Salida | | Regreso | |
| Fecha | Hora | Fecha | Hora |
| | | | |
| Datos bancarios | IBAN | Entidad | Sucursal |
| | | | |
| | | DC | Número de cuenta |
| | | | |
| Renuncia parcial/total de la indemnización (dietas y/o desplazamiento) | | | |
| | | | |
| En Salamanca, a de de 20 . Fdo.: <small>(Firma del solicitante)</small> | | A cumplimentar por el Investigador Responsable <div style="text-align: center;">Certificado de asistencia</div> En , a de de 20 . Fdo.: <small>(Firma del Investigador Responsable)</small> | |

CERTIFICACIÓN (Rellenar por Administración)

| | |
|---|--|
| Nombre y apellidos | |
| Cargo | |
| CERTIFICA: <input type="checkbox"/> Que el interesado que rinde la presente cuenta justificativa ha realizado la comisión de servicio <input type="checkbox"/> Que no se ha realizado la comisión de servicios, pero existen gastos de cancelación En , a de de 20 . <div style="text-align: center;">Fdo.: <small>(Firma y sello)</small></div> | |