UCA Universidad de Cádiz
Administración Campus Puerto Real
Área de Gestión Económica
Edificio CASEM
Polígono Río San Pedro
11510 Puerto Real (Cádiz)
Tel. 956 016 039
admcampus.puertoreal@uca.es

IMPRESO DE DECLARACIÓN DE COMISIÓN DE SERVICIO DE ACUERDO AL REAL DECRETO 462/2002, de 24 de mayo, sobre indemnizaciones por razón del servicio.

Datos personales
Nombre y apellidos: _____
NIF: _____Domicilio particular: _____CP._____
Centro de trabajo (si no pertenece a la Universidad de Cádiz, indicar, además, el nombre del organismo al que pertenece): _____
Grupo de clasificación: _____Categoría o cargo que desempeña: _____
Teléfono de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Datos Bancarios (indicar IBAN):

E	S																						

SWIFT (solo para extranjeras): _____ ____ ____ _____ País donde declara: _____
Datos presupuestarios:
Unidad de Gasto (clave y descripción): _____
Administración/Servicio del Centro que gestiona la Unidad de Gasto: _____

Datos de la comisión de servicio:
Código/Referencia del proyecto de investigación: _____
Motivo: _____
Itinerario: _____
Día y hora de salida: _____
Día y hora de regreso: _____
Vinculación de la persona que realiza el gasto con el proyecto: _____

DECLARO: Que he realizado la comisión de servicio indicada siendo autorizada previamente por el Responsable así como que no he percibido ninguna otra ayuda o subvención, por vía pública ni privada para este mismo fin, siendo los gastos que solicito que me sean abonados son los siguientes:

CUENTA JUSTIFICATIVA DEFINITIVA DE GASTOS: _____**EUROS**
(MÁRQUESE LO QUE SE SOLICITA):

1. LOCOMOCIÓN
☐ Vehículo particular: _____ total Km. X 0,19 euros =_____ €
Modelo:_____ Matrícula: _____
☐ Autopista..... _____ €
☐ Otros medios (especifíquelos): ..... _____ €
☐ Otros gastos (taxi, aparcamiento)……..…… _____ €
(+) **Total locomoción ..... ….**_____**€**

2. DIETAS
☐ Alojamiento……..... _____ €
☐ Manutención: .....días x …….euros..... _____ €
☐ Otros gastos..... _____ €
(+) Total dietas....._____ **€**

(=) TOTAL GASTOS ……. _____**€**
Nº adelanto que se justifica (en su caso): _____ (-) Importe adelantado…….. _____ €
(=) IMPORTE FINAL A LIQUIDAR_____**€** **(+/-)**
==========

DOCUMENTACIÓN (ORIGINAL) QUE SE ADJUNTA:
☐ FACTURA ALOJAMIENTO ☐ BILLETES LOCOMOCIÓN ☐ TIQUES AUTOPISTA ☐ OTROS:

(Fecha y firma del interesado) Cádiz, a _____ de _____ de _____

D. _____, que desempeña el cargo de Investigador Responsable, y como Responsable de la Unidad de Gastos arriba indicada,
HAGO CONSTAR: Que el comisionado que firma arriba ha sido autorizado para realizar la comisión de servicio indicada con derecho a indemnización; y quedando aprobada la cuenta justificativa de gastos que presenta conforme a la normativa legal vigente.

(Fecha, firma y cargo que desempeña el Responsable) Cádiz, a _____ de _____ de _____