

CERTIFICADO DE COMISIÓN DE SERVICIOS

NÚM.

A DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

NRP/DNI	APELLIDOS	NOMBRE	GRUPO	NIVEL
PUESTO DE TRABAJO		IES AZUD DE ALFEITAMÍ. ALMORADÍ		

B SERVICIOS REALIZADOS

OBJETO COMISIÓN ITINERARIO-LUGARES	SALIDA		REGRESO		DIETAS			LOCOMOCIÓN	
	fecha	hora	fecha	hora	hospedaje	restauración	otros gastos	Medio	km

Autorizado para el desplazamiento del vehículo: marca _____ matrícula: _____ peaje: _____

C INDEMNIZACIONES POR RAZÓN DEL SERVICIO

	CONCEPTO	NÚM.	IMPORTE	PAGO A CUENTA		SUBTOTAL	TOTAL
				%	EUROS		
DIETAS	Hospedaje						
	Restauración						
	50% Restauración						
	Otros gastos						
	50% Otros gastos						
GASTOS DE LOCOMOCIÓN	MÉDIO	KM					
	Vehículo propio						
	Ferrocarril						
	Avión						
	0,26 Euros/km						
DESCUENTOS							

D CERTIFICADO

De acuerdo con los antecedentes existentes en la dependencia a mi cargo, certifico que la persona que formula esta declaración ha efectuado la comisión de servicio encomendada de acuerdo con los datos que se consignan, en las condiciones de la mencionada comisión. Por tanto, hay que liquidar las indemnizaciones correspondientes.

LA PERSONA INTERESADA (fecha y firma)	LA DIRECTORA (fecha y firma)	CH/ o Transferencia: _____
Almoradí, a _____ de _____ de 20_____ DNI: _____	Almoradí, a _____ de _____ de 20_____ DNI: _____	De fecha: _____
		El habilitado pagador: _____
		Firmado: Laura Conesa Ortúñoz Fecha: _____
		RECIBI _____
		Fecha: _____

E ORDEN DE PAGO

EL CUENTADANTE DE LOS FONDOS A JUSTIFICAR CONFORME PAGUESE (fecha y firma)	DNI: _____
Fecha: _____	