



# ORDRE DE COMISSIÓ DE SERVEIS

## A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA

NRP / DNI	COGNOMS	NOM	GRUP	NIVELL
DEPARTAMENT		CONSELLERIA/ORGANISME		
CEIP / IES		D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT		

## B PROPOSTA D'AUTORITZACIÓ

MOTIU

<input type="checkbox"/> DIETA	<input type="checkbox"/> ASSISTÈNCIA A SESSIONS	<input type="checkbox"/> JORNADES, CONFERÈNCIES, CURSOS
<input type="checkbox"/> DESPESES DE TRANSPORT	<input type="checkbox"/> LOCALITZACIÓ PER EMERGÈNCIES	<input type="checkbox"/> TRASLLAT FORÇÓS DE RESIDÈNCIA
<input type="checkbox"/> INDEMNITZACIÓ ESPECIAL	<input type="checkbox"/> RESIDÈNCIA EVENTUAL	<input type="checkbox"/> PRESTACIÓ SERVEIS D'ESPECIAL VIGILÀNCIA O PROTECCIÓ

DETALLEU ELS MOTIUS

DOCUMENTS QUE S'HI ADJUNTEN (si s'escau)

## C SERVEIS A REALITZAR

Fent ús de les atribucions que tinc conferides dispose que la persona que s'indica duga a terme els serveis que tot seguit s'assenyalen, amb els desplaçaments següents:

OBJECTE COMISSIÓ ITINERARI-LLOCS	EIXIDA		TORNADA		DIETES			LOCOMOCIÓ	
	Data	Hora	Data	Hora	Allotjament	Restaur.	Alt. Desp.	Mitjà	Km.

Autoritzat per al desplaçament del vehicle: marca \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_ Peatge: NO

PAGAMENT ANTICIPAT  SI  NO

<p>LA PERSONA INTERESSADA</p> <p>data</p> <p>DNI:</p>	<p>EL/LA DIRECTOR/A</p> <p>data</p> <p>DNI:</p>
---	---

# CERTIFICAT DE COMISSIÓ DE SERVEIS

## A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA

NRP / DNI	COGNOMS	NOM	GRUP	NIVELL
DEPARTAMENT	CONSELLERIA/ORGANISME			
CEIP / IES	D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT			

## B SERVEIS REALITZATS

OBJECTE COMISSIÓ ITINERARI-LLOCS	EIXIDA		TORNADA		DIETES			LOCOMOCIÓ	
	Data	Hora	Data	Hora	Allotjament	Restaur.	Alt. Desp.	Mitjà	Km.

Autoritzat per al desplaçament del vehicle: marca

Matrícula:

Peatge: NO

## C INDEMNITZACIONS PER RAÓ DEL SERVEI

CONCEPTE	NÚM.	IMPORT EUROS	LLIURAMENT A COMPTE		SUBTOTALS EUROS	TOTALS EUROS
			%	EUROS		
DIETES	Hostalatge					
	Restauració					
	Altres despeses					
DESPESES DE LOCOMOCIÓ	MITJÀ	Km.				
	Vehicle propi					
	Ferrocarril					
	Avió					
	Peatge					

## D CERTIFICAT

D'acord amb els antecedents que hi ha en la dependència al meu càrrec, certifique que la persona que formula aquesta declaració ha efectuat la comissió de servei encomanada, d'acord amb les dades que s'hi consignen, dins de les condicions de l'esmentada comissió.  
Per tant, cal liquidar les indemnitzacions corresponents.

<b>LA PERSONA INTERESSADA</b> data  DNI:	<b>EL/LA DIRECTOR/A</b> data  DNI:	<b>PAGAT</b> X Transferència núm. _____ annexa a la factura núm. _____ De data: L'habilitat/ada pagador/a
---	---	---

## E ORDRE DE PAGAMENT

<b>EL/LA DIRECTOR/A</b> És conforme; pagueu-lo data  DNI:	Signat: Data:
---	------------------

Documents que s'hi acompanyen al certificat de comissió de serveis de