**AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO**

**Visto** l’incarico assegnato al Signor/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verificato e Accertato** che la procedura per il conferimento dell’incarico è conforme alle disposizioni normative vigenti;

**Visto** che l’incarico ha avuto regolare esecuzione e che gli obiettivi previsti dall’incarico stesso sono stati raggiunti

**si autorizza**

il pagamento del compenso, comprensivo di ogni onere a carico del percipiente e dell’Ateneo e di qualsiasi eventuale spesa sostenuta per l’esecuzione della prestazione, per un importo di euro ……………………… .

oppure

il rimborso delle spese di trasferta sostenute.

oppure

il pagamento del compenso, comprensivo di ogni onere a carico del percipiente e dell’Ateneo, per un importo di euro ………………………, ed il rimborso delle spese di trasferta sostenute.

(CANCELLARE LE 2 OPZIONI DI PAGAMENTO SCARTATE)

Da imputare al Budget: anno ……………… (inserire l’anno in corso)

UA.PR.D.CHIVISA

N. Registrazione Contratto UGOV ………………………………(campo di competenza della Segr. Amm.va)

**Codice identificativo progetto di UGOV:** ………………………….…………………………………

**CUP:** ………………………………………………..(se presente)

Parma, ……………………

*Si dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che tutta la documentazione originale di supporto al pagamento richiesto ai sensi del DRD 1619/2017 Prot. 129191 è archiviata presso il Dipartimento/Struttura e che verrà esibita a semplice richiesta.*

Il responsabile del Progetto Il Direttore del Dipartimento S.C.V.S.A.

Prof. XXXXXXXX Prof. XXXXXXXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_