

## ANEXO II

### LIQUIDACIÓN DE DIETAS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

ENTIDAD:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
PROYECTO:	

D./Da.:	
categoría profesional	
domicilio en	
y D.N.I. nº	
se ha desplazado los días	
a la localidad	
con objeto de	

Declaro que los gastos realizados han sido los siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL GASTO EFECTUADO		TOTAL
Alojamiento	(nº de días) días	
Manutención	(nº de días) días	
Billete en	(especificad medio de transporte)	
Traslado en vehículo propio	(nº de kms.) Kms.	(nº de matrícula)
<b>TOTAL</b>		

**Observaciones:** Este documento se acompañará con los correspondientes justificantes de gastos y pagos (facturas, billetes o ticket, en su caso), excepto en el caso de traslado en vehículo propio que se realizará mediante declaración jurada. El coste de estos gastos tendrá el límite establecido en el Decreto 287/2007, de 3 de agosto, sobre indemnizaciones por razón del servicio.

Sello de la Entidad beneficiaria.

Firma del Representante legal.

En .....a.....de.....de.....

**DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y CALIDAD SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES.  
AVDA. DE LAS AMÉRICAS, Nº2. 06800 MÉRIDA**