

ANEXO II
LIQUIDACIÓN DE DIETAS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

ENTIDAD:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
PROYECTO:	

D./D^a..:

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.)	(nº de matrícula)	
	Kms.		
TOTAL			

Observaciones: Este documento se acompañará con los correspondientes justificantes de gastos y pagos (facturas, billetes o ticket, en su caso). El coste de estos gastos tendrá el límite establecido en el Decreto 42/2025, de 19 de mayo, sobre indemnizaciones por razón del servicio del personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Sello de la Entidad beneficiaria.

Firma del Representante legal.

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

DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y CALIDAD. CONSEJERÍA DE SALUD Y
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. AVDA. DE LAS AMÉRICAS, Nº2. 06800 MÉRIDA