

### MODULO PER INCARICO DI MISSIONE

**(valido dal 26 Gennaio 2021)**

Si autorizzano le missioni internazionali in ingresso e in uscita, purché non differibili e non sostituibili con soluzioni alternative a distanza come disposto dal Decreto Rettorale (DR 164/2021, PROT. 9344 del 26/01/2021).

* Dipartimento ◘ Centro ◘ Servizio

Cognome e Nome

* in servizio presso

Appartenente alla categoria:

* Personale docente (Professori e Ricercatori)
* PTA
* Dottorandi
* Assegnisti e borsisti

Codice Fiscale Luogo e Data di nascita

 Residenza

 CAP Tel

e-mail Missione a dal al (per la quale, in caso di utilizzo di mezzo pubblico, è già stato acquistato il biglietto di andata e ritorno)

Oggetto:

Data

Firma di chi richiede l’incarico

### IL RESPONSABILE DI STRUTTURA

* Su richiesta dell’interessato;
* Valutata l’importanza della missione per la finalità del progetto;
* Verificato che la missione utilizzerà esclusivamente fondi dipartimentali nella titolarità del richiedente;
* Considerato che la missione è congruente con la finalità del fondo di seguito indicato;
* Valutato che i fondi di ricerca sono sufficienti al pagamento (indicare voce A. C./progetto)

### AUTORIZZA LA MISSIONE

Data

IL TITOLARE DEI FONDI IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

# UTILIZZO MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARI

## Il sottoscritto dovendosi recare in missione a nel periodo dal al

**CHIEDE**

* di essere autorizzato all’uso del seguente mezzo di trasporto straordinario (barrare la casella interessata), dichiarando fin d’ora di esonerare l’Amministrazione Universitaria da ogni responsabilità circa l’uso del mezzo stesso:

\_ Autovettura di proprietà: modello

targa V

.La copertura assicurativa dovuta ai sensi dell’art 8 D R 319/90 è garantita a apposita polizza n stipulata presso la Compagnia

\_ Auto a noleggio

\_ Taxi

per le seguenti motivazioni di carattere eccezionale (barrare la casella interessata):

* convenienza economica rispetto all’utilizzo dei mezzi ordinari (allega a tal fine prospetto comparativo dei costi da cui si rileva la convenienza stessa);
* mancanza di mezzi ordinari; sciopero del mezzo ordinario; ritardo tale a non consentire in altro modo il raggiungimento ella destinazione programmata (specificare)

 ;

* quando vi sia una particolare esigenza di servizio o la necessità dichiarata di raggiungere rapidamente il luogo i missione (motivare e allegare certificazione del Responsabile);
* trasporto i materiali e/o strumenti elicati e/o ingombranti indispensabili per il disimpegno del servizio (specificare)
* mancanza i collegamenti ferroviari fra il centro urbano e le stazioni, gli aeroporti di partenza e arrivo il centro urbano e viceversa e/o in caso i urgenze (specificare)
* di essere autorizzato all’uso del parcheggio presso l’aeroporto per i seguenti motivi (motivare adeguatamente):

::::::::::::

Data

## Il Richiedente Il Responsabile delle Struttura

I dati comunicati a mezzo del presente modulo saranno trattati secondo le modalità e nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

# RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

## Il sottoscritto

con sede dell’ufficio in

Sì

NO

## Titolare di carta di credito aziendale

DICHIARA

Di aver compiuto la seguente missione con inizio del viaggio e con ritorno in sede come di seguito indicato e chiede il rimborso elle spese sostenute

Missione a

Inizio missione: data ora Fine missione: data ora

|  |  |
| --- | --- |
| Spese albergo | Spese pasti |
| Treno | Prenotazione/supplementi |
| Aereo | Nave |
| Pullman/Autobus | Metropolitana |
| Pedaggio autostradale | Km percorsi con auto propria |
| Taxi | Parcheggio |
| Iscrizione congresso | Altro (specificare) |

Richiesta del trattamento alternativo per missioni all’estero perché più economico

Sì

NO

Importo anticipo ricevuto

Sì

NO

(specificare)

Importo pagato direttamente dell’Amministrazione o dalla Struttura

Sì

NO

(specificare)

Importo pagato con carta di credito aziendale

Sì

NO

(specificare)

|  |
| --- |
| Modalità di pagamento per personale estraneo: Banca/PostaIndirizzo Iban |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

Allega n giustificativi in originale ei pagamenti effettuati Data

Il richiedente

Il