

AUTORIZZAZIONE INCARICO di MISSIONE

(D.R. n. 681 del 07/03/2007 - Regolamento di Ateneo per le missioni di servizio)

Al _____ nato a: _____ il: _____
 residente a: _____ indirizzo: _____
 qualifica: _____ codice fiscale: _____ matr. n. _____
 Sede di Lavoro: _____

è conferito l'incarico a svolgere la seguente missione:

Luogo di Svolgimento	Data di Svolgimento	Descrizione Evento (seguirà documentazione attestante la partecipazione)

L'impegno di spesa graverà sul capitolo di bilancio:

Capitolo: _____

UPB\Progetto: _____

Responsabile Scientifico: _____

 Firma del Titolare del Fondo

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELL'AUTOMEZZO PRIVATO O A NOLEGGIO (da compilare a cura di colui che conferisce l'incarico)

L'utilizzo dell'automezzo privato è necessario per i seguenti motivi:

- Economicità in relazione alla spesa globale della missione;
- Luogo non servito frequentemente da mezzi di linea*;
- Natura della missione (indicare i motivi);
- Trasporto materiali delicati (indicare il materiale);
- Indisponibilità dei mezzi ordinari;
- Urgenza.

Firma del soggetto che conferisce l'incarico _____

* N.B.: per le missioni all'Estero è l'unica motivazione ammessa dal Regolamento.

La presente dichiarazione deve essere rilasciata se è stato compilato il riquadro precedente per la concessione dell'autorizzazione.

Il sottoscritto dichiara di sollevare il Dipartimento Universitario e l'Amministrazione Universitaria, da ogni responsabilità derivante dall'uso dell'auto _____ targata _____ e di proprietà di _____, utilizzata per la suddetta missione.

Il sottoscritto, altresì, si riserva in caso di sopravvenuta ed imprevista impossibilità di utilizzo del proprio automezzo ad utilizzare, per quanto possibile, mezzi di trasporto pubblici e/o taxi, nel rispetto del criterio del minor costo possibile a carico dell'Amministrazione.

Data, _____ Firma dell'interessato _____

Il sottoscritto:

- si impegna al rispetto delle norme nazionali e regionali vigenti sia di comportamento sia a limitazione della libertà di circolazione delle persone, in attuazione dei protocolli sanitari per il rischio da SARS-CoV-2;
- si impegna al rispetto delle norme localmente vigenti per la limitazione del rischio di contagio da SARS-CoV-2 (in caso di missioni all'estero);
- dichiara che la richiesta di autorizzazione è motivata da indifferibili esigenze di servizio e che si rende necessaria e rilevante nell'interesse dell'attività del Dipartimento di Ingegneria;
- autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 e ai fini dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR).

Aversa,

Firma dell'interessato _____

Firma del Soggetto che autorizza l'incarico
 Il Direttore del Dipartimento - Prof. Alessandro Mandolini

RICHIESTA TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE

(Art. 26 del D.R. n. 681 del 07/03/2007 - Regolamento di Ateneo per le missioni di servizio)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

- Di aver regolarmente preso parte agli eventi così come descritti nella richiesta di autorizzazione di incarico di missione e come attestati dalla documentazione allegata;
- Che la missione è stata necessaria e rilevante nell'interesse dello sviluppo dell'attività scientifica, in essere presso il Dipartimento di Ingegneria;
- Che il viaggio (spostamenti principali) si è svolto come segue:

VIAGGIO DI ANDATA			
DI ESSERE PARTITO DA	DATA E ORA DI PARTENZA	DI ESSERE ARRIVATO A	DATA E ORA DI ARRIVO
VIAGGIO DI RITORNO			
DI ESSERE PARTITO DA	DATA E ORA DI PARTENZA	DI ESSERE ARRIVATO A	DATA E ORA DI ARRIVO

- che la struttura alberghiera all'estero corrisponde alla categoria ===
- di aver ricevuto un anticipo di missione pari ad € _____

CHIEDE

- la corresponsione del trattamento economico previsto dal vigente Regolamento in materia di missioni di servizio con la seguente modalità di pagamento: Bonifico Bancario – Codice IBAN come da anagrafica applicativo EASY per accredito stipendio.

Elenco documentazione presentata in originale		Importo
Fattura Hotel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Biglietti Ferroviari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Biglietti Aerei	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Biglietti Nave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Biglietti Bus	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Biglietti Metro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ricevute Taxi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ricevute pagamento vitto c/o ristoranti/bar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Quota di Iscrizione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Attestato di Partecipazione all'Evento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Data di consegna:

Firma dell'interessato

ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a Prof. _____,
consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o
mendace o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, nonché delle
sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 455;

DICHIARA

Che i giorni _____ si è recato a _____ per

_____ per esigenze della ricerca.

Aversa,

Firma del dichiarante

Prof. _____

(leggibile e di proprio pugno)

LIQUIDAZIONE TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE

(parte riservata alla Segreteria Amministrativa)

SPESE DI TRASPORTO	SPESA RIMBORSABILE	ALTRE SPESE	SPESA RIMBORSABILE
AEREO	€	PERNOTTAMENTO	€
TRENO	€	VITTO**	€
NAVE	€	ASSICURAZIONE	€
AUTOBUS	€	RIMBORSO FORFETTARIO VITTO E PERNOTTAMENTO	€
TAXI*	€	MEZZI A NOLEGGIO	€
TRASPORTI URBANI	€	ISCRIZIONE CONGRESSO	€
ALTRO	€		
TOTALE			€
Note: *Verificato limite massimo di Euro 80,00 per singola missione; **Verificato limite massimo giornaliero di rimborso per la consumazione di singolo pasto.			

Da compilare in caso di autorizzazione all'uso dell'automezzo privato

Il prof. _____ chiede il rimborso dell'equivalente del treno A/R per la tratta da _____ a _____.

Costo del biglietto di andata € _____

Costo del biglietto di ritorno € _____

N.B.: si allega stampa della previsione del costo del biglietto A/R

TOTALE € _____

TOTALE SPESE RIMBORSABILI	ANTICIPO PERCEPITO	NETTO DA RIMBORSARE
€	€	€
Missione n° _____ del _____		
Impegno di budget n° _____		P/D n° _____
Mandato n° _____ del _____		
Imputazione della spesa: UPB: _____ CAP: _____		

Aversa, li _____

Il Segretario Amministrativo di Dipartimento