***SAPIENZA UNIVERSITA’ DI ROMA***

 DIPARTIMENTO PSICOLOGIA DINAMICA CLINICA E SALUTE

Prot. n.……………………

Data………………………

# Al Direttore del Dipartimento di Psicologia dinamica clinica e salute

**- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE**

**NOMINATIVO:** ………………………………………………………….

# QUALIFICA:

Personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato*(barrare la casella di interesse):*

* Professore di I fascia
* Professore di II fascia
* Ricercatore a tempo indeterminato/determinato
* Dirigente
* Personale tecnico amministrativo di cat. EP
* Personale tecnico amministrativo a tempo indeterminato/determinato cat. D,C,B
* Lettore di madrelingua a tempo indeterminato/determinato
* Collaboratori linguistici a tempo indeterminato/determinato

Personale non dipendente *(barrare la casella di interesse):*

* Titolare di rapporto di lavoro subordinato con altre università, anche estere, altre amministrazioni, enti pubblici o privati inserito nel progetto di ricerca… (indicare il Progetto) o titolari di incarichi di insegnamento nei Corsi di Studio che

prevedono attività formative sul terreno individuate all’interno dell’offerta formativa (indicare il Corso di studio)

* Professori e ricercatori in quiescenza titolari di incarichi a titolo gratuito per il completamento delle attività di ricerca
* Dottorando/a di ricerca iscritto/a al: I anno II anno III anno

* Titolare di borsa di studio
* Assegnista di ricerca
* Specializzando
* Studente di corsi di laurea magistrale nell'ambito di specifiche attività formative (art. 18 comma 5 legge 240/2010) inseriti nei progetti di ricerca (indicare il Progetto)
* Collaboratore esterno inserito in programma di ricerca, di mobilità e nei progetti finanziati da enti esterni *(allegare dichiarazione del responsabile scientifico che attesti la necessità della missione del collaboratore esterno per l’espletamento dell’incarico ovvero dichiarazione di inserimento del soggetto nel programma previsto)*
* Soggetto formalmente incaricato ad espletare un’attività nell’interesse esclusivo e in rappresentanza del Dipartimento

*(allegare incarico formale)*

* Personale appartenente ad altre amministrazioni nominato in commissioni giudicatrici per le procedure concorsuali bandite dal Dipartimento *(Allegare decreto di nomina)*

# DATA INIZIO MISSIONE…………………………DATA TERMINE MISSIONE OVVERO

**DURATA PRESUMIBILE**………………………………………..

**LOCALITA’ DELLA MISSIONE**………………………………….………………………………………………….

# MEZZO DI TRASPORTO:

**Ordinari** *(barrare la casella di interesse):*

* Treno
* Areo
* Nave
* Servizi di autobus urbani/extraurbani/metropolitane/treni veloci per aeroporti
* Mezzi di trasporto dell’Università
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni in Italia, per le tratte di andata/ritorno per porti, aeroporti e stazioni per raggiungere le sedi di svolgimento della missione, quando l’orario di partenza è antecedente alle 09:00 o l’orario di arrivo è successivo alle ore 20:00
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni all’Estero, per le tratte di andata e ritorno per porti, aeroporti e stazioni per raggiungere le sedi di svolgimento delle missioni, quando l’orario di partenza è antecedente alle 10:00 o l’orario di arrivo è successivo alle ore 20:00
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni all'estero, per gli spostamenti nell'area urbana di svolgimento della missione, nel limite massimo giornaliero di Euro 25,00.

**Straordinari** *(barrare la casella di interesse):*

* Mezzo noleggiato *(motivare con apposita dichiarazione il ricorso a tale mezzo)*
* *Taxi o mezzo equivalente (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), per quanto non espressamente previsto sopra*
* Mezzo proprio - Autorizzazione subordinata alla sottoscrizione della copertura assicurativa previa compilazione del modulo al seguente link: https://[www.uniroma1.it/it/pagina/copertura-assicurativa-utilizzo-del-proprio-mezzo-di-](http://www.uniroma1.it/it/pagina/copertura-assicurativa-utilizzo-del-proprio-mezzo-di-) trasporto

In quanto sussiste una delle seguenti condizioni *(barrare la casella di interesse):*

o sussiste la necessità di trasportare i seguenti oggetti o materiali fragili o ingombranti o la mancanza totale di mezzi di trasporto per il raggiungimento del luogo di missione (*allegare documentazione/autocertificazione da cui si evince tale circostanza);*

* sussiste la convenienza economica, a cui si allega tabella di comparazione, dettagliata e documentata, da dove si evince l’economicità dell’uso di tale mezzo, e tale eccezione rappresenta per l’Università un contenimento della spesa *(allegare documentazione richiesta);*
* la località di missione non è servita da mezzi di trasporto ordinari o i loro orari sono inconciliabili con lo svolgimento della missione *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* sciopero dei mezzi pubblici*(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* è necessario raggiungere la località di missione e/o rientrare in sede con urgenza per motivi di servizio *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* la missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE GIUSTIFICATIVA PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’USO DEL MEZZO PROPRIO**PERCORRENZE KM …………………… |
| Si dichiara la sussistenza della copertura assicurativa prevista, obbligatoria in Italia e nei Paesi stranieri attraversati e didestinazione |
| □ Si dichiara un più efficace espletamento dell’attività in termini di efficienza e di economicità |
| Il sottoscritto dichiara di sollevare l’amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta derivante dall’uso del mezzo proprioFirma ……………............................ |

**FINALITA’ DELLA MISSIONE** *(indicare la finalità istituzionale della missione):* ……………………………………

**RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER SPESE** *(da presentare almeno 15 g lavorativi prima della data di inizio della missione, salvo urgenze debitamente motivate ex art. 14 Regolamento missioni)*

Euro

(INDICARE COSTO 75% delle preventivate spese di viaggio e alloggio, spese di iscrizione a congressi/convegni

ovvero se all’estero 75% delle spese di viaggio e del trattamento alternativo)

|  |
| --- |
| **PROSECUZIONE ATTIVITA’ DIDATTICA (va compilata solo da parte dei docenti)** |
| DURANTE IL PERIODO DI SVOLGIMENTO DELLA MISSIONE: |
| * Non è prevista attività didattica ⁭
* l’attività didattica sarà proseguita dal Prof.……………………….
 |
| LA MISSIONE E’ STATA AUTORIZZATA DAL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO NELLA SEDUTA DEL ………................. |
| **(solo per missioni di durata superiore a 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica)** |

# (firma di chi effettua la missione)

|  |
| --- |
| **PARTE RISERVATA AL TITOLARE DI FONDI** |
| **La spesa della missione dovrà gravare sui fondi del capitolo di cui il sottoscritto è titolare.****Nel caso in cui la missione dovrà gravare sui fondi del Dottorato, indicare:*** **Fondo di Funzionamento**
* **Fondo 10% Ricerca**

**Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che:*** **la spesa per la suddetta missione è inserita nel piano di gestione del finanziamento della Ricerca**
* **è strettamente correlata all’esecuzione del Progetto stesso**
* **è effettuata nell’interesse del Dipartimento al fine di migliorare la preparazione scientifica/formativa**
* **è compatibile con l’offerta formativa erogata**
 |
| …………………………………………. …………………………………………. (**nome e cognome in stampatello**) **(firma)** |

**MISSIONI ALL’ESTERO**

Il sottoscritto dichiara: *(barrare l’opzione scelta)*

⁭- di scegliere il rimborso documentato

□ - di scegliere il trattamento alternativo (art. 13 Regolamento missioni)

**(Firma di chi effettua la missione )**

# (Firma del Presidente del CDS/CAD)

**Si autorizza**

# (firma del Direttore Dipartimento)

**(Firma del RAD per Verifica copertura finanziaria)**

# MISSIONI NON EFFETTUATE O INTERROTTE

Il sottoscritto dichiara di non aver potuto effettuare/dovuto interrompere la missione per i seguenti motivi:

*(allegare la documentazione da cui si evince tale circostanza)*

*-* Malattia

* Gravi motivi familiari
* Eventi atmosferici, naturali e socio-politici eccezionali
* Scioperi, guasti e ritardi che impediscono il trasporto o fanno venir meno lo scopo della missione
* Cancellazione imprevista dell’evento che giustifica la missione
* Motivi di servizio

# Firma di chi effettua la missione

……………………………………..

# (firma del Direttore Dipartimento)

**………………………………………**