



Al Direttore del Dipartimento di
Medicina Clinica e Molecolare

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

Io sottoscritto/a (*cognome e nome*)

residente ain via/piazzan°.....

Telefono email

In qualità di:

- Professore di I fascia
- Professore di II fascia
- Ricercatore a tempo indeterminato/determinato
- Specializzando
- Personale tecnico amministrativo

PERSONALE NON DIPENDENTE

- Titolare di rapporto di lavoro subordinato con altre università, anche estere, altre amministrazioni, enti pubblici o privati
- Assegnista di ricerca
- Collaboratore esterno inserito in programma di ricerca, di mobilità e nei progetti finanziati da enti esterni (allegare dichiarazione del responsabile scientifico che attesti l'inserimento del soggetto nel personale di ricerca e indicare la denominazione del progetto)
- Soggetto formalmente incaricato ad espletare un'attività nell'interesse del Dipartimento (*allegare incarico formale*)
- Docente in congedo o aspettativa (*allegare dichiarazione che attesti che la missione è inerente la ricerca di cui si chiede di utilizzare i fondi e che il luogo in cui svolge la ricerca è diverso da quello in cui presta l'attività*)

CHIEDO

di essere autorizzato/a a svolgere una missione dal giorno al giorno

in località.....

per il seguente motivo (*specificare la finalità istituzionale della missione*):

.....
.....



Mezzi di trasporto che intendo utilizzare:

MEZZI ORDINARI	MEZZI STRAORDINARI compilare richiesta autorizzazione seguente
Treno	mezzo proprio
Aereo	mezzo noleggiato
Autobus urbani ed extraurbani	Taxi
Nave	
Taxi ⁽¹⁾	

⁽¹⁾ Taxi utilizzato nelle missioni all'estero per le tratte andata/ritorno per porti, aeroporti e stazioni quando l'orario di partenza è antecedente alle 10:00 o l'orario di arrivo è successivo alle ore 20:00 e per gli spostamenti nell'area urbana in cui si svolge la missione

E nelle missioni in Italia, per le tratte di andata/ritorno per porti, aeroporti e stazioni quando l'orario di partenza è antecedente alle 09:00 o l'orario di arrivo è successivo alle ore 20:00;

AUTORIZZAZIONE PER L'USO DI MEZZI STRAORDINARI (auto propria – taxi – auto a noleggio)

In riferimento all'uso del mezzo straordinario dichiaro che si rende necessario per la seguente motivazione:

1. Trasporto di oggetti o materiali fragili o ingombranti
2. Mancanza totale di mezzi di trasporto per il raggiungimento del luogo di missione;
3. Convenienza economica (*deve essere comprovata da una tabella di comparazione, dettagliata e documentata, da cui si evinca l'economicità dell'uso di tale mezzo*)
4. Località di missione non servita da mezzi di trasporto ordinari o i loro orari sono inconciliabili con lo svolgimento della missione;
5. Sciopero (*comprovato*) dei mezzi pubblici;
6. Necessità di raggiungere la località di missione e/o rientrare in sede con urgenza per motivi di servizio (*devono essere comprovati*);
7. La missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi

In caso di utilizzo del mezzo proprio, dichiaro di assumermi la responsabilità di provvedere alla copertura assicurativa mediante la compilazione del modulo on-line presente alla pagina web <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScqDnGVKNGf4SS4h8tLYmHJMLDhRXdFrXZqyydnY9EXtPWv0w/viewform> e l'invio del modulo a segreteriaadmcm@uniroma1.it per l'approvazione del Direttore **non oltre 24 ore prima della partenza**



Da compilare solo per missioni di durata superiore a 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica)

Dichiaro che durante l'assenza dal servizio nel periodo di missione

non è prevista attività didattica

l'attività didattica sarà proseguita dal/dalla prof.

La missione è stata autorizzata dal Consiglio di Dipartimento nella seduta del

Dichiaro che NON intendo chiedere il rimborso delle spese

Data



Firma del richiedente

.....

PARTE RISERVATA AL TITOLARE DEI FONDI

Il/La sottoscritto/a dichiara che la spesa per la suddetta missione è:

inserita nel piano di gestione del finanziamento della Ricerca

strettamente correlata all'esecuzione del Progetto stesso

effettuata nell'interesse del Dipartimento al fine di migliorare la preparazione scientifica

e graverà sui fondi del progetto di cui è titolare

il/la sottoscritto/a

il/la prof.....

Firma del titolare dei fondi

Data



.....

Si autorizza

Il Direttore del Dipartimento
Prof. Maurizio Taurino

Si autorizza

(per gli aspetti contabili ed amministrativi)
Il Responsabile Amministrativo Delegato
Dott.ssa Ildelfonsa Trombetta

.....

.....