



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

(Regolamento Missioni - Disposizione n.1345/2019 - in vigore dal 01.04.2019)

(da consegnare alla Segreteria del Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslaazionale)

Dati Personali

Cognome.....		Nome.....	
Tipologia di rapporto: Docente <input type="checkbox"/> - TAB <input type="checkbox"/> - Dottorando, Specializzando, Assegnista di Ricerca, Studente <input type="checkbox"/>			
Altro (specificare):			
Struttura di afferenza.....			
E-mail.....		Tel.....	
Data inizio missione		ora.....	
Data termine missione		ora	
Località della missione.....		mezzo di trasporto utilizzato.....	
Finalità della missione.....			

[] Rimborso documentato

[] Trattamento alternativo (opzione valida in caso di missione all'estero)

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Solo per il personale Docente

PROSECUZIONE ATTIVITA' DIDATTICA

Ai sensi dell'art.5 c.9 del Regolamento nel caso di missione superiore ai 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica, si dichiara l'avvenuta acquisizione del parere dell'organo deliberante della struttura di appartenenza.

Durante l'assenza dal servizio nel periodo di missione:

[] non è prevista attività didattica

[] l'attività didattica sarà proseguita dal Prof.

SI DICHIARA DI NON ESSERE ATTUALMENTE IN ASPETTATIVA O CONGEDO (ad esclusione di quanto indicato all' art. 2 pag.3 "Al personale docente in congedo... omissis")

AUTORIZZAZIONE DELLA MISSIONE (art.3 c.3, 5, 6, 7)

Si autorizza la missione con l'uso (art. 11) del:

mezzo ordinario

[] mezzo treno

[] mezzo aereo

[] mezzo marittimo

[] mezzo autobus urbani ed extraurbani

[] mezzo dell'Amministrazione

[] mezzo taxi [art.11 c. 4 lett.f)]

mezzo straordinario

[] mezzo proprio

[] mezzo noleggiato

[] mezzo taxi

[] mezzo taxi [art.11 c. 6 e 7]

[] mezzo taxi [art.11 c.4lett.d),e)

AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE DATE E/O LOCALITA' da utilizzarsi nei soli casi di variazione dei seguenti dati:

Si autorizzano, in data (1) le seguenti variazioni:

[] nuova data di inizio.....[] nuova data di termine.....

[] altre località della missione.....

[] la missione è stata annullata.

.....
(Firma di chi effettua la missione) (1)

L'Autorizzazione della variazione deve essere preventiva rispetto alle nuove date della missione

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi.....

il di cui il sottoscritto è il titolare.....

(Ruolo, Nome e Cognome in stampatello)

.....
(Firma del Responsabile dei Fondi)

.....
(Firma del Responsabile Direttore)

Per avvenuta verifica della disponibilità dei fondi si cui graverà la missione

.....
(il RAD)

Solo per i Dottorandi

NULLAOSTA DEL TUTOR - Prof.

Con riferimento alla presente richiesta dichiaro che il/la Dottorando/a

Studente del Dottorato di Ricerca in Oncologia del Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale si recherà in missione per raggiungere la seguente finalità:

..... Firma

Richiesta Fondi

Il/La sottoscritto/a dichiara che il preventivo di spesa approssimativo sarà per:

Registrazione a Convegno:

Viaggio:..... Vitto:..... Alloggio:

Altro (specificare):

Totale Richiesto:

Roma, li Firma

Dichiarazione ai fini assicurativi

Il sottoscritto è a conoscenza che la mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria del Dipartimento di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima della suddetta data e, comunque prima dell'inizio della missione, nonché il mancato invio, al termine di essa della domanda di liquidazione anche in caso di richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l'Amministrazione Universitaria per le quote assicurative da essa pagate a mio conto.

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

(1) L'Autorizzazione della variazione deve essere preventiva rispetto alle nuove date della missione