RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE MISSIONE

([Regolamento Missioni - Disposizione n.1354/2019 - in vigore dal 01.04.2019](https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file_allegati/regolamento_missioni_disposizione_ndeg1354-2019_prot._ndeg0026750_del_20_marzo_2019.pdf))

Nominativo del richiedente  qualifica 

in servizio presso il Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico – Chirurgiche

Residenza 

E-mail  tel. 

Località della missione 

Finalità della missione 

Data inizio **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** data termine **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Importo totale spesa prevista 

[ ]  **MISS. SENZA RIMBORSO** [ ]  **MISS. CON RIMBORSO DOCUMENTATO**

 [ ]  **MISS. RIMB. ALTRA** **STRUTTURA** [ ]  **MISS. ESTERO CON RIMB. TRATTAMENTO ALTERNATIVO (art. 12)**

 **MEZZO ORDINARIO** (vedi art. 11 comma 4)

[ ]  treno [ ]  urbani ed extraurbani dell’Amministrazione

[ ]  aereo [ ]  taxi (art.11 c.4 lett.d) Italia – partenza prima 9.00; arrivo dopo 20.00

[ ]  marittimo [ ]  taxi (art.11 c. 4 lett. e) Estero - partenza prima 10.00; arrivo dopo 20.00

[ ]  autobus [ ]  taxi (art.11 c. 4 lett. f) Estero – spostamenti area urbana max € 25,00 g.

**MEZZO STRAORDINARIO** (preventivamente autorizzato – allegare nota giustificativa)

[ ]  proprio (previa attivazione della copertura assicurativa di Ateneo al link:

 <https://www.uniroma1.it/it/pagina/copertura-assicurativa-utilizzo-del-proprio-mezzo-di-trasporto>

[ ]  noleggiato

[ ]  taxi (art. 11 c. 6 e 7)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# RICHIESTA ANTICIPO MISSIONE DELLE SPESE PREVENTIVATE (art. 14 c.6)

# [ ]  SPESE DI VIAGGIO €  [ ]  SPESE DI ALLOGGIO €

# [ ]  QUOTA ISCRIZ. CONGR. €  [ ]  TRAT. ALT./DIARIA €

**RICHIESTA ANTICIPO MISSIONE (75% della spesa totale)**

[ ] SI [ ] NO

#

# ……………………………………………………

#  Firma del Richiedente l’Anticipo

##

# AUTORIZZAZIONE ALLA VARIAZIONE DI DATA E/O LOCALITÀ

# Si autorizzano in data ……………………………….. le seguenti variazioni:

# [ ] missione annullata

# [ ] nuova località

# [ ] nuove date inizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ fine \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ……………………………………………………

 **Firma del Direttore del Dipartimento**

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## PROSECUZIONE ATTIVITÀ 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 e/o assistenziale sarà proseguita dal Prof./

Latina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ………………………………………..

**Firma del richiedente l’autorizzazione**

# PARTE RISERVATA AL TITOLARE DEI FONDI

La spesa della missione graverà sul progetto 

e di cui il sottoscritto è titolare.

## Dichiara che il soggetto autorizzato alla missione è inserito nel progetto sul quale graverà il costo. Dichiara altresì che la missione è correlata e attinente all’esecuzione del progetto di ricerca suindicato.

## [ ] Rimborso documentato

## [ ] Trattamento alternativo (opzione valida in caso di missione all’estero - solo per il personale dipendente, art. 2 comma 1)

Latina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………..

 **Firma del titolare dei fondi**

# SI AUTORIZZA LA MISSIONE

Latina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot. n. del

 ……………………………………….. ………………………………………..

 **Firma del Direttore del Dipartimento Firma del Responsabile Amm.vo Delegato**

## NB: il richiedente dichiara di essere a conoscenza che l’autorizzazione alla missione non comporta automaticamente la liquidazione della stessa, qualora non siano rispettate le disposizioni del Regolamento Missioni (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima dell’inizio della stessa o mancato invio entro i 6 mesi dal termine della domanda di liquidazione).

# INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART.13 DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016 del 27.04.2016

**“Regolamento generale sulla protezione dei dati” nonché della vigente normativa nazionale**

**Titolare del trattamento dei dati**

È titolare del trattamento dei dati Sapienza Università di Roma; legale rappresentante dell’Università è il Rettore/Rettrice pro tempore.

**Dati di contatto**:rettricesapienza@uniroma1.it; PEC: protocollosapienza@cert.uniroma1.it

**Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:** responsabileprotezionedati@uniroma1.it; PEC: rpd@cert.uniroma1.it

I diritti possono essere esercitati con richiesta al Responsabile di struttura il Direttore del Dipartimento di Scienze e Biotecnologie medico – chirurgiche

**Dati di contatto**: dsbmc@uniroma1.it; PEC: dsbmc@cert.uniroma1.it

**Finalità del trattamento e base giuridica:**

I dati saranno trattati per le finalità di cui all’artt. 3 e 35 del D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. e di cui agli artt. 19, 22, 24, 24 bis, 24 ter della Legge 240/2010 e ss.mm.ii., nel rispetto della vigente normativa in materia.

**Natura del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto:**

Il conferimento di tali dati è obbligatorio secondo la vigente normativa e l’eventuale rifiuto di fornire i dati comporta l’impossibilità di procedere al rimborso delle spese sostenute in occasione della missione effettuata e/o partecipazione corso/convegno/congresso.

**Eventuali destinatari o categorie di destinatari dei dati**:

I dati saranno trattati, anche in forma automatizzata, per le finalità istituzionali di Sapienza Università di Roma e saranno comunque accessibili ai dipendenti e collaboratori assegnati ai componenti uffici e in particolare alle strutture preposte alla gestione della dotazione organica del personale tecnico-amministrativo e all’attribuzione di incarichi di responsabilità.

**Eventuale trasferimento a paesi terzi e/o O.I.:**

I suoi dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.

**Periodo di conservazione**:

I suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

**Diritti dell’interessato**:

Si informa che l’interessato potrà chiedere al titolare o al responsabile della protezione dei dati, sopra indicati, ricorrendone le condizioni, l’accesso ai dati personali ai sensi dell’art. 15 del Regolamento, la rettifica degli stessi ai sensi dell’art. 16 del Regolamento, la cancellazione degli stessi ai sensi dell’art. 17 del Regolamento o la limitazione del trattamento ai sensi dell’art. 18 del Regolamento, ovvero potrà opporsi al loro trattamento ai sensi dell’art. 21 del Regolamento, oltre a poter esercitare il diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell’art. 20 del Regolamento. In caso di violazione delle disposizioni del Regolamento, l’interessato potrà porre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (https://www.garanteprivacy.it). L’interessato potrà, altresì, revocare il consenso eventualmente prestato per il trattamento dei dati, senza con ciò pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

*Io sottoscritto dichiaro di aver letto e compreso la su esposta informativa nonché di prestare il consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui alla informativa medesima.*

Latina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma …………………………………………………………

**Università degli Studi di Roma “La Sapienza”**

**Dipartimento di Scienze e biotecnologie medico-chirurgiche**

CF 80209930587 PI 02133771002

Corso della Repubblica,79 – 04100 LATINA

T (+39) 0773 1757212

DSBMC@uniroma1.it