

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE MISSIONE**

RICHIEDENTE  QUALIFICA 

IN SERVIZIO PRESSO 

RESIDENZA  C.F 

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DELLE SPESE RELATIVE ALLA MISSIONE IN LOCALITA’

INIZIATA ALLE ORE  DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E TERMINATA ALLE ORE  DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTENZA** | | | **ARRIVO** | | |
| **CITTÀ** | **ORA** | **DATA** | **CITTÀ** | **ORA** | **DATA** |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO  RICHIESTA RIMBORSO MEZZO PROPRIO (km percorsi )  RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI ALBERGO  RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI VITTO |  |  |  |
| RICHIESTA RIMBORSO QUOTA DI ISCRIZIONE CONVEGNO |  |  |  |
| (**come da ricevuta allegata**) |  |  |  |
| RICHIESTA TRATTAMENTO ALTERNATIVO / DIARIA  (solo per il personale dipendente, art. 2 comma 1) |  |  |  |
| RICEVUTO ANTICIPO MISSIONE DI € |  |  |  |

## DOCUMENTI DA PRESENTARE OBBLIGATORIAMENTE AI FINI DEL RIMBORSO

**Ricevute/fatture di pagamento:** mezzi di trasporto, alloggio, pasti (scontrini fiscali), le carte d’imbarco (si andata che ritorno)

per i viaggi in aereo, iscrizione corso/convegno, il certificato di partecipazione al corso/convegno o l’attestato di frequenza presso

l’Università ospitante, stampa poster.

### NOTE

### DISTINTA DELLE SPESE DI VIAGGIO – IMPORTO TOTALE DI

***in caso di ricevuta per più persone riportare solo l’importo relativo a se stessi***

|  |  |
| --- | --- |
| ***DESCRIZIONE E DATA*** | ***IMPORTO*** |
| *1)* |  |
| *2)* |  |
| *3)* |  |
| *4)* |  |
| *5)* |  |
| *6)* |  |
| *7)* |  |
| *8)* |  |
| *9)* |  |
| *10)* |  |

### DISTINTA DELLE SPESE PER I PASTI – IMPORTO TOTALE DI

Numerare le ricevute in ordine cronologico. In caso di ricevuta per più persone riportare solo l’importo relativo al proprio pasto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***DESCRIZIONE E DATA*** | ***IMPORTO*** | ***DESCRIZIONE E DATA*** | ***IMPORTO*** |
| *1)* |  | *8)* |  |
| *2)* |  | *9)* |  |
| *4)* |  | *10)* |  |
| *5)* |  | *11)* |  |
| *6)* |  | *13)* |  |
| *7)* |  | *14)* |  |

### DISTINTA DELLE SPESE DI PERNOTTAMENTO – IMPORTO TOTALE DI

Numerare le ricevute in ordine cronologico. In caso di ricevuta per più persone riportare solo l’importo relativo al

proprio pernottamento

***DESCRIZIONE E DATA***

***IMPORTO***



## SPESA STAMPA POSTER

data ricevuta importo

## 

## SPESA PER ISCRIZIONE CONVEGNO

data ricevuta importo

COMPRENSIVA DI: VITTO ALLOGGIO

NON COMPRENSIVA DI VITTO E ALLOGGIO

SI ALLEGA ATTESTATO DI FREQUENZA DEL CONVEGNO (da presentare obbligatoriamente)

**Il sottoscritto dichiara che i giustificativi di spesa per i quali si chiede il rimborso e di cui si allega documentazione in originale non sono stati presentati ad altro Ente allo stesso scopo - art. 6 c. 1 Regolamento Missioni.**

## SPESA TOTALE MISSIONE

**importo**

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

………………………………………..

**Il Richiedente**

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E CHE LA MISSIONE GRAVERA SUI FONDI INDICATI NELLA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE, STANZIATI NEL BILANCIO DEL DIPARTIMENTO

**SI AUTORIZZA LA LIQUIDAZIONE DELLA MISSIONE**

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

Prot. n. del

……………………………………….. ………………………………………..

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

**NB: la domanda di liquidazione, le ricevute e gli scontrini fiscali vanno inviati via mail in formato pdf all’indirizzo** [**segreteria.dsbmc@uniroma1.it**](mailto:segreteria.dsbmc@uniroma1.it) **e gli originali consegnati quanto prima in amministrazione. La mancata consegna degli originali non permetterà il rimborso della spesa di riferimento.**

**Siete tenuti a leggere attentamente il** [**Regolamento missioni**](https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file_allegati/regolamento_missioni_disposizione_ndeg1354-2019_prot._ndeg0026750_del_20_marzo_2019.pdf)

# **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](mailto:protocollosapienza@cert.uniroma1.it)

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