

DIPARTIMENTO DI FARMACIA

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A COMPIERE UNA MISSIONE

COGNOME/NOME	
DATA NASCITA	
RAPPORTO CON ATENEIO	
DESTINAZIONE	
DATA INIZIO	DATA FINE
SCOPO	
FONDO SU CUI ADDEBITARE LA SPESA	

PREVENTIVO DI MASSIMA

Viaggio	Alloggio*	Pasti**	TOTALE	
	*in Italia max € 180 - per l'estero vedere tabelle allegate al regolamento	** in Italia max € 80 - per l'estero vedere tabelle allegate al regolamento		
Taxi	Varie	Noleggi***		
(mezzo proprio, solo docenti, vedere tariffe ACI)		***max 17 HP, 20 HP per motori diesel		
mezzo straordinario <input type="checkbox"/> Taxi extraurbano <input type="checkbox"/> mezzo a noleggio <input type="checkbox"/> mezzo proprio <input type="checkbox"/>				
(motivazioni mezzo straord.):				
Parcheggio (solo per noleggio):				
Ore di lavoro straord. richieste				

Eventuali altre spese di cui si chiede l'autorizzazione

--

Solo per mezzo proprio (dati obbligatori previsti per legge):

Tipo auto _____ Marca: _____ Modello specifico _____
 n° porte: _____ alimentazione (benzina/gasolio) _____ cilindrata _____ anno imm. _____
 percorrenza media annua Km _____

Il veicolo risulta regolarmente assicurato e l'Amm.ne è sollevata da qualsiasi responsabilità.

Dichiaro che le affermazioni contenute nella richiesta sono veritiere e rese sotto la mia responsabilità ai sensi della normativa vigente. Dichiaro inoltre di aver preso visione della disciplina contenuta nel *Regolamento per le missioni fuori sede* (D.R. 7583/7.6.2011)

firma del richiedente

(PARTE RISERVATA A NULLA-OSTA E AUTORIZZAZIONI)

FIRMA RESPONSABILE STRUTTURA DOVE IL DOCENTE SVOLGE ATTIVITA' DIDATTICA (per missioni superiori a 7 giorni) _____
FIRMA RESPONSABILE STRUTTURA PER DIPENDENTI DI ALTRA STRUTTURA _____
FIRMA DIRETTORE SCUOLA DI DOTTORATO O PRESIDENTE PROGRAMMA DOTTORATO (per studenti del dottorato) _____
FIRMA RESPONSABILE DEL FONDO PER NULLA-OSTA _____

Limitazioni poste alla richiesta di autorizzazione:

Pernott.		Vitto		Altro	
----------	--	-------	--	-------	--

Valutata la regolarità l'opportunità della richiesta e la congruità della spesa, autorizzo

Data, _____

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

RIMBORSO SPESE DELLA MISSIONEANALITICO FORFETARIO (vedere tabelle regolamento)

VIAGGIO CON MEZZO PROPRIO O DELL'AMM.NE: ANDATA/RITORNO KM. _____

PARTENZA DA _____ GIORNO _____ ORA _____

RIENTRO A _____ GIORNO _____ ORA _____

RIMBORSO ANALITICO

DESCRIZIONE	IMPORTO RICHIESTO	IMPORTO RICONOSCIUTO
Spese di viaggio		
Spese di alloggio (max Italia 180 € giorn.)		
Spese di vitto (max Italia 80 € giorn.)		
Spese di iscriz. Convegni (autorizzate a termini di regolamento e con fattura intestata alla struttura)		
Km. _____ a costo chilometrico tabelle ACI (solo docenti)		
Altre spese		
Altre spese		
TOTALE		

n. liquidazione	
n. mand.	

Il sottoscritto richiede il rimborso come sopra descritto.

Il Richiedente

Data _____

In relazione alla presente missione, il sottoscritto dichiara:**che la missione è svolta secondo le modalità sopra indicate;****di avere effettivamente partecipato alle attività oggetto dell'incarico di missione;****che eventuali variazioni rispetto all'autorizzazione sono conformi a quanto previsto dal Regolamento, art. 11 c. 3****che tutte le spese di cui si chiede il rimborso sono state sostenute dal richiedente, che ne è l'esclusivo beneficiario;****che i giustificativi sono in originale o, per documenti disponibili solo in formato elettronico, corrispondono a quelli rilasciati dal fornitore dei beni/servizi;****che per gli importi di cui è chiesto il rimborso non è e non sarà presentata analogo richiesta ad altra amm.ne;****in caso di rimborso forfettario, di essere nelle condizioni di ammissibilità previste dal regolamento.****Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.**

FIRMA _____