

(MODELLO ALL. 1)

INCARICO DI MISSIONE

AL

NATO A.....IL.....

QUALIFICA.....

IN SERVIZIO PRESSO.....

È CONFERITO INCARICO DI SVOLGERE UNA MISSIONE A.....

DAL.....(ORE.....)AL.....)PRESSO.....

PER.....

.....

MISSIONI COLLETTIVE (INDICARE IL NOMINATIVO DEGLI ALTRI COLLABORATORI).....
(ART.12 REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO)

.....

DATA.....

FIRMA.....

*FIRMA DEL SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO

AUTORIZZAZIONE DELL'AUTOMEZZO PRIVATO O A NOLEGGIO

(DA COMPILARE A CURA DI COLUI CHE CONFERISCE L'INCARICO)

AUTOMEZZO PRIVATO PER:

(ART6 COMMA 2-3-4-5 REGOLAMENTO MISSIONI)

- NATURA DELLA MISSIONE (INDICARE I MOTIVI)
- TRASPORTO MATERIALE . DELICATO O INGOMBRANTE* (INDICARE IL MATERIALE)
- ECONOMICITA' IN RELAZIONE ALLA SPESA GLOBALE DELLA MISSIONE
- URGENZA (INDICARE I MOTIVI)
- LUOGO NON SERVITO DA MEZZI DI LINEA (INDICARE I MOTIVI)
- INDISPONIBILITA' DEI MEZZI ORDINARI (INDICARE I MOTIVI)

SPECIFICARE I MOTIVI CHE GIUSTIFICANO L'AUTORIZZAZIONE.....

.....

.....

FIRMA.....

*FIRMA DEL SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO

*N.B.: PER LE MISSIONI ALL'ESTERO È L'UNICA MOTIVAZIONE AMMESSA DAL REGOLAMENTO

LA PRESENTE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RILASCIATA SE È STATO COMPILATO IL RIQUADRO PRECEDENTE PER LA CONCESSIONE DELL'AUTORIZZAZIONE.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI SOLLEVARE L'AMMINISTRAZIONE UNIVERSITARIA DA OGNI RESPONSABILITA' DERIVANTE

DALL'USO DELL'AUTO TARGATAE DI PROPRIETA' DI.....UTILIZZATA PER LA

SUDETTA MISSIONE.

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN BASE ALLA LEGGE N.675 DEL 31-12-96

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

RICHIESTA TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE

*(ART.16 DEL REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO)

IL SOTTOSCRITTO NATO A IL

DOMICILIO FISCALE CODICE FISCALE.....

BANCA..... INDIRIZZO:..... CODICE IBAN:

Table with 5 columns: SIGLA INT., N.C., CIN, ABI., CAB, NUMERO DI CONTO CORRENTE

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE A DAL..... AL

CHIEDE LA CORRESPONSIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO PREVISTO DAL REGOLAMENTO E DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'.

DI ESSERE RIENTRATO IN SEDE IL GIORNO ALLE ORE
DI AVER PERCORSO CON IL PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO KM N
DI AVER ATTRAVERSATO LA FRONTIERA (ANDATA) IL GIORNO ALLE ORE
DI AVER RIATTRAVERSATO LA FRONTIERA (RITORNO)IL GIORNO ALLE ORE
CHE LA STRUTTURA ALBERGHIERA ALL'ESTERO CORRISPONDE ALLA CATEGORIA

DI AVER RICEVUTO UN ANTICIPO DI MISSIONE PARI A EURO.....

DATA FIRMA.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SPESE SOSTENUTE COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA IN ORIGINALE

(DA COMPILARSI A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)

Table with 4 columns: SPESE DI TRASPORTO, SPESA RIMBORSABILE, ALTRE SPESE, SPESA RIMBORSABILE. Rows include AEREO, TRENO, NAVE, AUTOBUS, PEDAGGI, PARCHEGGIO, TAXI, TOTALI, and INDENNITA' CHILOMETRICA.

INDENNITA' DI TRASFERTA ALL'ESTERO

GRUPPO IMPORTO NETTO IMPORTO LORDO

DIARIA N. A €.....

ORARIA N..... A €

TOTALE €

Table with 3 columns: TOTALE SPESE RIMBORSABILI (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE), ANTICIPO PERCEPITO (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE), NETTO DA RIMBORSARE (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)

ALLEGATO: ELENCO DETTAGLIATO E SOTTOSCRITTO DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA
PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE

* R.M. (REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO CONSULTABILE SUL SITO : WWW.UNINA.IT)

(MODELLO ALL.2)

ANTICIPAZIONE SPESE DI MISSIONE

IL SOTTOSCRITTO **NATO A IL**

DOMICILIO FISCALE **.CODICE FISCALE.**

MODALITA' DI PAGAMENTO : **QUIETANZA DIRETTA ALLO SPORTELLLO DEL CASSIERE**

BONIFICO BANCARIO (INDICARE COORDINATE BANCARIE)

BANCA.....**INDIRIZZO:**.....**CODICE IBAN:**

SIGLA INT.	N.C	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

IN SERVIZIO PRESSO.....

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE A **DAL**..... **AL**

CONFERITO DA.....**PER**.....

CHIEDE , AI SENSI DELL'ART.15. DEL REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO , L'ANTICIPAZIONE PREVISTA DALLA VIGENTE NORMATIVA; A TAL FINE DICHIARA:

CHE L'AMMONTARE PRESUNTO DELLE SPESE DI VIAGGIO, EFFETTUATO CON (INDICARE IL MEZZO DI TRASPORTO).....

.....**È DI €**.....;

CHE INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI VITTO, CON PRESENTAZIONE DELLE RELATIVE FATTURE O RICEVUTE FISCALI, NELLA MISURA PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE (SOLO PER LE MISSIONI IN ITALIA);

CHE INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI PERNOTTAMENTO , PRESENTANDO LA RELATIVA FATTURA O RICEVUTA FISCALE (INDICARE LA DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO ALBERGHIERO E CATEGORIA DELLO STESSO).....

.....**AL COSTO DI €**..... **PER NOTTE.**

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE, CHE:

- **IN CASO DI MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA MISSIONE PROVVEDERA'**, SENZA INDUGIO, **ALLA RESTITUZIONE DELL'ANTICIPAZIONE .**
- **IN CASO DI DEFINITIVA LIQUIDAZIONE DEL TRATTAMENTO DI MISSIONE DI AMMONTARE INFERIORE ALL'ANTICIPAZIONE , PROVVEDERA' ALLA RESTITUZIONE DEL MAGGIORE IMPORTO RISCOSSO ENTRO DIECI GIORNI DALLA COMUNICAZIONE DA PARTE DELL'UFFICIO COMPETENTE PER LA LIQUIDAZIONE.**

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN BASE ALLA LEGGE N.675 DEL 31-12.96

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SPESE VIAGGIO **€**.....

PASTI **N**..... **A €**.....**TOT. €**.....**AL 75%€**.....

PERNOTTAMENTI **N**..... **A €**.....**TOT. €**.....**AL 75%€**.....

DIARIA ALL'ESTERO GIORNI/ORE **N**.....**TOT. €**..... **€**.....

TOTALE €.....

**ALLEGO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE
IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE**

(MODELLO ALL.3)

ELENCO DETTAGLIATO DEI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE SOSTENUTE

IL SOTTOSCRITTONATO AIL.....

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE ADAL.....AL.....

PER.....

ALLEGA ALLA RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N.	DATA*	DESCRIZIONE*	VIAGGIO	VITTO	PERNOTTAMENTO	ALTRO
1			€	€	€	€
2			€	€	€	€
3			€	€	€	€
4			€	€	€	€
5			€	€	€	€
6			€	€	€	€
7			€	€	€	€
8			€	€	€	€
9			€	€	€	€
10			€	€	€	€
11			€	€	€	€
12			€	€	€	€
13			€	€	€	€
14			€	€	€	€
15			€	€	€	€
16			€	€	€	€
17			€	€	€	€
18			€	€	€	€
19			€	€	€	€
20			€	€	€	€
21			€	€	€	€
22			€	€	€	€
23			€	€	€	€
24			€	€	€	€
25			€	€	€	€
26			€	€	€	€
27			€	€	€	€
28			€	€	€	€
29			€	€	€	€
30			€	€	€	€
31			€	€	€	€
		TOTALI	€	€	€	€

* DATA E DESCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

NAPOLI,.....

FIRMA.....

IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE