**Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(a cura della Segreteria Amm.va)***

**MODULO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_richiede l’autorizzazione alla seguente missione:

Data inizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Località della missione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UPB a cui imputare la spesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mezzo di trasporto utilizzato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(es. treno, aereo, mezzo proprio, o altro mezzo. In caso di utilizzo del mezzo proprio compilare l’apposito modulo “Richiesta di autorizzazione all’uso del mezzo proprio)*

Finalità della missione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI****Il/La sottoscritto/a è consapevole che:*

* *l’eventuale rinuncia alla missione o qualsiasi variazione relativa a durata, decorrenza o modalità della stessa devono essere tempestivamente comunicate alla Segreteria del Dipartimento, in ogni caso prima dell’inizio della missione;*
* *il mancato invio della domanda di liquidazione al termine della missione, anche in assenza di richiesta di rimborso spese, comporterà l’obbligo di restituire all’Amministrazione Universitaria le quote assicurative da questa eventualmente anticipate per proprio conto.*
* **EVENTUALE RICHIESTA ANTICIPAZIONE**:  SI’  NO (*barrare la scelta)*)

Il/La sottoscritto/a dichiara i seguenti costi presunti per la missione: Spese di viaggio previste: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Spese di pernottamento previste: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **RICHIESTA RIMBORSO FORFETTARIO**

Richiesta di rimborso forfettario:  SI’  NO (*barrare la scelta)*)

Costo previsto per spese di viaggio: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **ISCRIZIONE A CONVEGNO** Partecipazione a convegno:  SI’  NO (*barrare la scelta)*

Importo totale dell’iscrizione: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Comprensivo di: Vitto  SI’  NO Alloggio  SI’  NO

* **PROSECUZIONE ATTIVITÀ DIDATTICA**

(*Sezione da compilare solo per missioni superiori a 30 giorni e per personale con attività didattica*)

La missione è stata autorizzata dal Consiglio di Dipartimento nella seduta del: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante l’assenza dal servizio nel periodo della missione:

☐ Non è prevista attività didattica oppure ☐ L’attività didattica sarà proseguita dal Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma,,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE DELLA MISSIONE IL TITOLARE DELL’UPB

 *(Prof./Prof.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

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

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

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