|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Dipartimento di Fisica** |

 N° PROT:

Data:

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE**

**(da consegnare alla segreteria del Dipartimento, copia da allegare alla domanda di liquidazione della missione)**

 Circostanziata motivazione riguardante l’indifferibilità di svolgimento della missione

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

Nominativo: \_ Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Data di inizio missione: |  \_ | Data termine missione:  |
| Località della missione: |  \_ | Mezzo di trasporto usato: (1)  |

Dichiara:

* Che la destinazione della missione non rientra nelle specifiche aree del territorio nazionale sottoposte a limitazioni ai sensi dell'art. 1, comma 3 del decreto legge n. 33/2020;
* Che ha provveduto a richiedere informazioni e, per quanto di sua conoscenza, ha verificato che la struttura ospitante ha adottato idonee misure volte al contrasto e al contenimento del diffondersi del virus COVID-19;
* Che la destinazione della missione non rientra negli specifici stati e territori sottoposti a limitazioni ai sensi dell'art. 1, comma 4 del decreto legge n. 33/2020 e che la struttura ospitante, per quanto di sua conoscenza, ha adottato idonee misure volte al contrasto e al contenimento del diffondersi del vir us COVID-19;
* Che è a conoscenza degli stati che non sono soggetti ad alcuna limitazione negli spostamenti e di quelli per i quali gli spostamenti sono vietati di cui all'art. 6 del D.P.C.M 11.0 6.2020.

Si impegna:

* Ad osservare, durante il periodo di svolgimento della missione gli obblighi di cui all' art. 3 del D.P.C.M 11. 06.2020; gli obblighi di cui all'art. 4 del D.P.C.M 11.06.2020 per quanto compatibili;
* Nel caso il dipendente in missione riscontri l'insorgenza di sintomi Covid-19, a comunicare **immediatamente** detto stato all’ Autorità sanitaria competente per territorio sede della missione;
* A non modificare la destinazione della missione.

Finalità della missione: \_

1.

 Indirizzo completo del luogo dove dovrà essere svolta la missione e del luogo di pernottamento (Albergo, B&B, altro)

 Recapito telefonico mobile presso il quale ricevere comunicazioni

**DICHIARAZIONE ESONERO RESPONSABILITA’ PER L’USO DEL MEZZO PROPRIO.** Il sottoscritto dichiara di sollevare l’Amministrazione da qualsiasi responsabilità derivante dall’uso del mezzo proprio.

**DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI.** Il sottoscritto è a conoscenza che la mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria del Dipartimento di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima della suddetta data e, comunque prima dell’inizio della missione, nonché il mancato invio, al termine di essa della domanda di liquidazione anche in caso non di richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l’Amministrazione Universitaria per le quote assicurative da essa pagate a suo conto.

**RICHIESTA ANTICIPAZIONE** Il sottoscritto dichiara: Costo previsto spese di viaggio

Costo previsto spese di pernottamento \_

**RICHIESTA RIMBORSO FORFETTARIO ** si  no Costo previsto spese di viaggio \_

**ISCRIZIONE CONVEGNO ** si  no richiesta il \_

Importo Euro

 comprensivo vitto  si no

alloggio si no

**PROSECUZIONE ATTIVITÀ DIDATTICA.** La missione è stata autorizzata dal consiglio di Dipartimento nella seduta del \_ (Tale comunicazione dovrà essere effettuata soltanto in caso di missione di durata superiore ai 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica). Durante l’assenza dal servizio nel periodo della missione:

 Non è prevista attività didattica  L’’attività didattica è proseguita dal Prof.

(Firma di chi effettua la missione) ………………………………………………….……….

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ FONDI**

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi di cui il sottoscritto è titolare.

(nome e cognome in stampatello) Prof \_ (Firma del titolare dei fondi) ………………………………………….

**AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Si autorizzano in data (2)

(Firma del Direttore di Dipartimento) ………………………………………………………….

1. **Indicare il mezzo di trasporto usato**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ordinario | noleggiato | proprio in ambito provincia | gratuito | aereo | proprio fuori provincia | marittimo | Amministrazione |

1. L’autorizzazione della variazione deve essere preventiva rispetto alle nuove date di missione.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Via Della Ricerca Scientifica, 1 – 00133 Romawww.fisica.uniroma2.it | fisica@roma2.infn.it | C.F. 80213750583P. I. 02133971008 |