Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Dipartimento di Fisica **Prot. N°:**

**Data: \_**

Stampamodulo

**AUTORIZZAZIONE RIMBORSO SPESE**

(Compilare in stampatello)

 Circostanziata motivazione riguardante l’indifferibilità di svolgimento della missione

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

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

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

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

Fondo di ricerca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

 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

Si autorizza il rimborso delle spese che si sosterranno sostenute in occasione del

Periodo

Località

IMPORTO DA PAGARE Euro

Fondi su cui graverà la spesa

# IMPORTANTE: AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA RIMBORSO SPESE BISOGNA ALLEGARE UNA MARCA DA BOLLO DA EURO 2,00.

Firma titolare dei fondi

Visto il Direttore Roma,

Via della Ricerca Scientifica, 1 - 00133 ROMA Tel.06-72594303 - Fax 06-2023507 - P.IVA 02133971008 - C.F.80213750583