



Prot. N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE MISSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_ Livello classe stipendiale \_\_\_\_\_ Aliquota fiscale \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE LA SEGUENTE MISSIONE:**

Località (Città e Stato) \_\_\_\_\_

Finalità \_\_\_\_\_

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

**RICHIESTA DI TRATTAMENTO ALTERNATIVO DI MISSIONE (SOLO PER MISSIONI ALL'ESTERO)**

n. giorni: \_\_\_\_\_

intero periodo Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'USO DI MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARIO**

Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

Taxi

Mezzo a noleggio

Mezzo proprio (allegare richiesta autorizzazione all'uso del mezzo proprio)

**RICHIESTA ANTICIPAZIONE DELLE SPESE DI VIAGGIO**

Il/La sottoscritto/a dichiara che il costo previsto del biglietto di viaggio è di Euro \_\_\_\_\_

**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 la quota assicurativa da essa pagata a suo conto.

**DICHIARAZIONE PROSECUZIONE ATTIVITA' DIDATTICA**

La presente missione è stata autorizzata dal Consiglio di Dipartimento nella seduta del \_\_\_\_\_ (necessaria solo per missioni superiori a 30 giorni) Durante l'assenza dal servizio nel periodo della missione:

non è prevista attività didattica

l'attività didattica sarà proseguita dal Prof. \_\_\_\_\_ (tale sostituzione non influirà sull'andamento delle attività didattiche svolte dal sottoscritto)

**COSTO APPROSSIMATIVO DELLA SPESA DI EURO** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE COPERTURA FINANZIARIA**

Il/La sottoscritto/a dichiara che la missione dovrà gravare su fondi di ricerca \_\_\_\_\_ (titolare: Prof. \_\_\_\_\_) e che la stessa sarà svolta nell'ambito del progetto di ricerca sopra indicato.

Il Richiedente

Il Titolare dei Fondi

Il Direttore del Dipartimento

\*\*\*\*\*

**AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE DATE E/O LOCALITA'** Si autorizzano in data (\*) \_\_\_\_\_ le seguenti variazioni:

nuova data di inizio \_\_\_\_\_

nuova data di termine \_\_\_\_\_

altre località della missione \_\_\_\_\_

la missione è stata annullata

(\*) L'autorizzazione della variazione deve essere preventiva rispetto alle nuove date della missione

Il Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_