



INCARICO DI MISSIONE

Spazio riservato all'Ufficio competente

N° Reg. DG

Data Reg. DG

N° COAN

N° ORDINATIVO

Spazio da compilare a cura del richiedente

Struttura di competenza

Il/La sottoscritto/a *(Per il Personale dipendente compilare solo i campi sottostanti. Per coloro che NON sono censiti in anagrafica di ateneo compilare ANCHE l'Allegato 1)*

Cognome

Nome

Qualifica

Amministrazione
di Afferenza

*Solo per il Personale Esterno
incaricato dall'Amm. Centrale*

Data
nomina

Oggetto nomina

CHIEDE

ai sensi del Regolamento per la disciplina delle missioni di servizio, di essere autorizzato/a a svolgere la seguente missione:

Luogo

Data inizio

Ora partenza

Data fine

Ora rientro

Oggetto

e chiede che la relativa spesa prevista *(indicare l'importo stimato di cui si chiederà il rimborso, esempio: vitto, alloggio, trasporto, iscrizione congresso, ecc.)*

Euro

venga caricata su

DOTAZIONE DI FUNZIONAMENTO

FONDI PROGETTO

Nome fondo

intestati a: Cognome

Nome

(Per coloro che utilizzano l'auto durante la missione compilare anche il campi sottostanti)

Inoltre, chiede di essere autorizzato/a

PROPRIA

OFFERTA

Targa

all'utilizzo dell'auto

per il seguente motivo:

(Firma) Chi dispone l'incarico /

Il Titolare dei Fondi

(Firma) Il Richiedente

Constatato che:

- la missione si svolgerà nell'esclusivo interesse dell'Ateneo;
- *(solo per il personale dipendente)* il richiedente non ha in atto aspettative o congedi nel periodo della missione;
- sul budget della suddetta struttura sono disponibili le risorse finanziarie a copertura delle spese previste per espletare la missione,

AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA MISSIONE

Data

Il Rettore/Il Direttore/Il Dirigente



RIMBORSO MISSIONE

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

in relazione al suddetto incarico

DICHIARA

ai sensi del Regolamento per la disciplina delle missioni di servizio, di aver compiuto la seguente missione :

Data inizio
missione

Ora inizio missione

Data fine
missione

Ora fine missione

e di aver sostenuto le seguenti spese analitiche:

Descrizione spese	Data spese	Importo spese	Valuta	Cambio (*)	Importo convertito
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		

(*) Indicare l'equivalente in Euro di una unità in valuta straniera.

Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		
Tipo spesa			Valuta		

(*) E' possibile reperire il dato all'indirizzo: <http://cambi.bancaditalia.it/cambi/cambi.do?lingua=it&to=convertitore>

Totale spese	
di aver ricevuto l'anticipo di missione di euro:	Totale anticipo
Totale rimborso	

<input type="checkbox"/> NON aver usufruito di pasti offerti	<input type="checkbox"/> di aver usufruito di pasti offerti nei seguenti giorni	Giorni	
--	---	--------	--

(OPPURE) Compensi forfettari in luogo di spese pasti e/ pernottamento indicare tipologia e giorni.

(Ai sensi dell'art.10 del Regolamento per la disciplina delle missioni di servizio)

<input type="checkbox"/> Pasti	Giorni	
<input type="checkbox"/> Pernottamento	Giorni	

Note	
------	--

Inoltre dichiara di:

1) <input type="checkbox"/> di aver percorso i seguenti Km	Km	Tragitto	
--	----	----------	--

2) <input type="checkbox"/> di aver aver utilizzato il Taxi per il seguente motivo:	<input type="checkbox"/> - per ridurre i tempi della trasferta con conseguente riduzione della spesa di missione
	<input type="checkbox"/> - per garantire il rientro in sede in tempi utili a far fronte ad altri impegni di lavoro
	<input type="checkbox"/> - altro
Motivo	

3) <input type="checkbox"/> Per tutte le missioni	- di consegnare, allegati alla presente, i documenti di spesa <u>originali</u> .
---	--

Per quanto dichiarato sopra,

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute al netto dell'eventuale anticipo, da accreditare sul proprio conto corrente, (Solo per coloro che NON sono censiti in anagrafica di ateneo) indicato nell'Allegato 1.

Data

(Firma) Il Richiedente



SCHEDA ANAGRAFICA

Allegato 1

Dati di nascita

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Comune di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Stato di nascita	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Numero Passaporto	<input type="text"/>

N.B. Per gli Stranieri allegare copia fotostatica del Passaporto

Residenza

Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/>	N° Civico	<input type="text"/>	c.a.p.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		

Domicilio *(compilare solo se diverso dalla residenza)*

Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/>	N° Civico	<input type="text"/>	c.a.p.	<input type="text"/>

Riferimenti bancari - Per l'Italia

Nome Banca / Poste	<input type="text"/>				
Filiale	<input type="text"/>	Indirizzo	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Codice Nazione	Codice controllo	CIN	ABI	CAB

Riferimenti bancari - Per l'estero

Bank account	<input type="text"/>	Account number	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>	SWIFT	<input type="text"/>
ABA	<input type="text"/>	Routing number	<input type="text"/>