UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

MISSIONE N. DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA VITA

DEL E DELL’AMBIENTE

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Prof. Francesco REGOLI

# AUTORIZZA

DOTTORANDO

 qualifica

ANCONA

sede di servizio e abituale dimora

a compiere la missione a c/o

 per i seguenti motivi:

* Inizio missione il giorno alle ore
* Fine missione il giorno , ovvero, durata presumibile della missione gg.

|  |
| --- |
| **Per il compimento della suddetta missione la S.V. è autorizzata a servirsi del seguente mezzo:**(barrare la casella che interessa)**Ordinario** **Straordinario** (subordinati alla preventiva autorizzazione)❑ Ferrovia ❑ mezzo proprio❑ Aereo ❑ mezzo a noleggio❑ Nave, piroscafo ❑ taxi nei tragitti extraurbani❑ Corriera, autobus **Integrativo**❑ Automezzo di servizio ❑ taxi❑ Automezzo di terzi – offerto da  |

La spesa sarà imputata sui seguenti fondi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui si è constatata la disponibilità.

**DICHIARAZIONE DI ESONERO DA RESPONSABILITÀ**

 Si dichiara che la missione sarà svolta nel pieno rispetto delle misure di sicurezza e si solleva l’Ateneo da qualsiasi responsabilità circa il rischio di contagio da Covid-19 ed eventuali disagi in conseguenza di misure di prevenzione sanitaria adottate”

**Firma del Richiedente**

Ancona, lì

##  Il Coordinatore della Scuola Visto si Autorizza Il Direttore del Dipartimento

 Prof. Paolo MARIANI Il Tutor Scuola di Dottorato Prof. **Francesco REGOLI**

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

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE DI ESONERO DA RESPONSABILITÀIl sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento alla missione in oggetto, dichiara di sollevare l’Amministrazione da ogni responsabilità diretta o indiretta circa l’uso del❑ mezzo proprio – ❑ mezzo a noleggio – ❑ mezzo di terzi, la cui targa è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma  |

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE**

Il sottoscritto , con riferimento alla missione

a
chiede il rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell’art. 1, comma 4, del Regolamento Missioni.

**A tal fine dichiara:**

* di aver iniziato l’incarico di missione il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver percorso il seguente itinerario:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Località di partenza** | **Località di destinazione** | **Data di partenza** | **Orario di partenza** | **Mezzo di trasporto** | **Km percorsi** *(mezzo proprio)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* di aver portato a termine l’incarico di missione il giorno alle ore ;
* di ❑ aver ❑ non aver usufruito di anticipazione per € con mandato n° ;
* di ❑ aver ❑ non aver ricevuto alcun rimborso o concorso spese da altre Amministrazioni;
* di ❑ aver utilizzato il taxi per i seguenti motivi:

 ;

* Altre comunicazioni

 ;

**Si allegano:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ❑ | n. | biglietti di viaggio in originale | Euro/valuta estera |  |
| ❑ | n. | ricevute di pedaggi autostradali | Euro/valuta estera |  |
| ❑ | n. | ricevute di pasti | Euro/valuta estera |  |
| ❑ | n. | ricevuta/fattura di albergo | Euro/valuta estera |  |
| ❑ | n. |  |  |  |
| ❑ | n. |  |  |  |
| ❑ | n. |  |  |  |

**Modalità di pagamento:**

❑ riscossione diretta presso lo sportello dell’Istituto Cassiere

❑ versamento in c/c bancario IBAN n.

 Firma del Richiedente

Ancona, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Segretario Amministrativo

Rossana Baiocchi

Visto, si liquida

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

###### IL DIRETTORE

 **Prof. Francesco REGOLI**

**Dichiarazione di prosecuzione attività didattica**

*(da compilare soltanto in caso di missione di durata superiore ai 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica)*

Il Consiglio di Facoltà ha espresso parere favorevole nella seduta del .

Durante l’assenza dal servizio nel periodo della missione:

❑ non è prevista attività didattica

❑ l’attività didattica sarà proseguita dal Prof.

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

 **IL PRESIDE**

**EVENTUALI OSSERVAZIONI**

 Firma

**TABELLA 1 – Trattamento di missione**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruppo** | **Qualifiche** | **Limite di spesa d'albergoItalia/estero** | **VittoItalia/estero** | **Treno** | **Aereo** |
| Gruppo 1 | Organi di governoOrgani di controlloProfessoriDirigentiRiceratoriAssistenti r.e. | 4 stelle | € 270.00 | €70.00 | 1a classeWL-singolo | EconomyBusiness Class \*\* |
| Gruppo 2 | Personale T.A. Cat. EPPersonale T.A. Cat. DDottorandiBorsistiAssegnistiSpecializzandiColl.Coor. Contin.Personale dipendente da altri Enti | 4 stelle | € 250.00 | €70.00 | 1a classe Posto letto | Economy |
| Gruppo 3 | Personale T.A. Cat. CPersonale T.A. Cat. B | 3 stelle | € 230.00 | €70.00 | 1a classe Posto letto | Economy |

\*\*può essere autorizzato l'uso della Business Class per voli transcontinentali superiori alle 8 ore.