(MODELLO ALL. 1)

INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA

AL
NATO A.....IL.....
QUALIFICA.....
IN SERVIZIO PRESSO.....
È CONFERITO INCARICO DI SVOLGERE UNA MISSIONE/TRASFERTA A.....
DAL.....(ORE.....) AL.....) PRESSO.....
PER.....

MISSIONI COLLETTIVE (INDICARE IL NOMINATIVO DEGLI ALTRI COLLABORATORI)- (ART.13 REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO)

DATA.....

FIRMA.....

*FIRMA DEL SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO

AUTORIZZAZIONE DELL'AUTOMEZZO PRIVATO O A NOLEGGIO

(DA COMPILARE A CURA DI COLUI CHE CONFERISCE L'INCARICO)

AUTOMEZZO PRIVATO O A NOLEGGIO PER:

(ART. 6 COMMA 2-3-4-5 REGOLAMENTO MISSIONI)

- NATURA DELLA MISSIONE/TRASFERTA (INDICARE I MOTIVI)
- TRASPORTO MATERIALE DELICATO O INGOMBRANTE* (INDICARE IL MATERIALE)
- ECONOMICITA' IN RELAZIONE ALLA SPESA GLOBALE DELLA MISSIONE
- URGENZA (INDICARE I MOTIVI)
- LUOGO NON SERVITO DA MEZZI DI LINEA (INDICARE I MOTIVI)
- INDISPONIBILITA' DEI MEZZI ORDINARI (INDICARE I MOTIVI)

SPECIFICARE I MOTIVI CHE GIUSTIFICANO L'AUTORIZZAZIONE

FIRMA.....

*FIRMA DEL SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO

*N.B.: PER LE MISSIONI/TRASFERTE ALL'ESTERO È L'UNICA MOTIVAZIONE AMMESSA DAL REGOLAMENTO

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI SOLLEVARE L'AMMINISTRAZIONE UNIVERSITARIA DA OGNI RESPONSABILITA' DERIVANTE DALL'USO DELL'AUTO TARGATAE DI PROPRIETA' DI.....UTILIZZATA PER LA SUDETTA MISSIONE/TRASFERTA.

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

MISSIONI/TRASFERTE ALL'ESTERO

Il sottoscritto opta per la seguente modalità di rimborso delle spese (Art. 17 Reg.):

- RIMBORSO DOCUMENTATO (con presentazione dei documenti di spesa in originale);
- TRATTAMENTO ALTERNATIVO (solo per missioni all'estero, superiori a un giorno, incluso il tempo del viaggio).

Data.....

Il richiedente.....

Si autorizza la missione/trasferta sui seguenti fondi:

PROGETTO (DENOMINAZIONE IN U-GOV).....

Il titolare dei fondi di progetto

Il Responsabile della struttura

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Contabilità Area I inviando una email al seguente indirizzo: uff.contabilitaareal@unina.it. Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO MISSIONE/TRASFERTE ALL'ESTERO

COGNOMENOME
NATO A IL
DOMICILIO FISCALE CODICE FISCALE.....
BANCA.....INDIRIZZO:.....
CODICE IBAN

SIGLA IN	NC	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

SEDE DI SERVIZIO.....

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE PER LE MISSIONE/TRASFERTA A
PARTENZA IL ALLE ORE DA A.....
RIENTRO IL ALLE ORE DA A.....
OGGETTO DELLA MISSIONE/TRASFERTA.....

CHIEDE

IL RIMBORSO DOCUMENTATO DELLE SEGUENTI SPESE

TIPOLOGIA	GIUSTIFICATIVI	IMPORTO IN VALUTA ESTERA	IMPORTO IN EURO
VIAGGIO	N.		€
ALBERGO	N.		€
PASTI	N.		€
AUTOBUS/METRO	N.		€
TAXI	N.		€
ALTRO (SPECIFICARE - VEDI ART. 7 R.M.)	N.		€
ALTRO (SPECIFICARE - VEDI ART. 7 R.M.).....	N.		€
	N.		
TOTALE			€

IL TRATTAMENTO ALTERNATIVO, OLTRE ALLE SPESE DI VIAGGIO, SECONDO GLI IMPORTI PREVISTI NELLA TABELLA 3 DEL REGOLAMENTO DELLE MISSIONI DI SERVIZIO E DELLE TRASFERTE

DICHIARA INOLTRE:

DI AVERE DI NON AVERE PERCEPITO ALTRE INDENNITA' O RIMBORSI DA ALTRI ENTI/ISTITUZIONI
 DI AVERE DI NON AVERE RICEVUTO L'ANTICIPO DI MISSIONE PER EURO _____
 DI AVERE DI NON AVERE USUFRUITO DELL'AUTO PROPRIA PER COMPLESSIVI KM _____

LE SPESE DI (SPECIFICARE LA TIPOLOGIA) _____ SONO
FATTURATE DALL'AGENZIA DI VIAGGI, PER UN IMPORTO PARI A EURO _____

EVENTUALI NOTE

DATA _____ IL RICHIEDENTE _____

ELENCO DETTAGLIATO DEI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE SOSTENUTE

IL SOTTOSCRITTO **NATO A** **IL.....**
IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA A **DAL.....AL.....**
PER.....
ALLEGA ALLA RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N.	DATA*	DESCRIZIONE*	VIAGGIO	VITTO	PERNOTTAMENTO	ALTRO
1			€	€	€	€
2			€	€	€	€
3			€	€	€	€
4			€	€	€	€
5			€	€	€	€
6			€	€	€	€
7			€	€	€	€
8			€	€	€	€
9			€	€	€	€
10			€	€	€	€
11			€	€	€	€
12			€	€	€	€
13			€	€	€	€
14			€	€	€	€
15			€	€	€	€
16			€	€	€	€
17			€	€	€	€
18			€	€	€	€
19			€	€	€	€
20			€	€	€	€
21			€	€	€	€
22			€	€	€	€
23			€	€	€	€
24			€	€	€	€
25			€	€	€	€
26			€	€	€	€
27			€	€	€	€
28			€	€	€	€
29			€	€	€	€
30			€	€	€	€
		TOTALE	€	€	€	€

***DATA E DESCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA**

NAPOLI,

FIRMA.....

IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE