

**QUADRO A**

COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO INCARICATO

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DA INCARICO A:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO:

A COMPIERE LA SEGUENTE MISSIONE:

LUOGO \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

MOTIVO DETTAGLIATO: \_\_\_\_\_

INIZIO ORE \_\_\_\_\_ DEL GIORNO \_\_\_\_\_ FINE PRESUNTA GIORNO \_\_\_\_\_

MEZZO DI TRASPORTO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ IL RETTORE/IL DIRETTORE GENERALE/IL DIRIGENTE \_\_\_\_\_

**QUADRO B**

**AUTORIZZAZIONE**

COMPILARE A CURA DEGLI UFFICI AMMINISTRATIVI

CONSTATATO CHE:

- LA MISSIONE SI SVOLGERA' NELL'INTERESSE DELLA SEGUENTE STRUTTURA:.....

- CHE LA MISSIONE E' INERENTE ALLA SEGUENTE ATTIVITA': (\*)

- RELATORE IN MANIFESTAZIONI E CONVEGNI
- FORMAZIONE PERSONALE NON DOCENTE
- DI SERVIZIO AL DI FUORI DELLA SEDE DI LAVORO
- IN FUNZIONE DELLA CARICA NEGLI ORGANI ISTITUZIONALI O COME REVISORE
- MEMBRO DI COMMISSIONE DI CONCORSO
- PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI MOBILITA'

- CHE LA SPESA DI MISSIONE GRAVERA' SUL PROGETTO CODICE UGOV \_\_\_\_\_  
CONTO

- CHE IL DIPENDENTE DI CUI TRATTASI NON HA IN ATTO ASPETTATIVE O CONGEDI

SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA MISSIONE

- CONSTATATA ALTRESI' L'IMPOSSIBILITA' DI OTTENERE LA DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL "VISTO PARTIRE" DAL LUOGO

DI MISSIONE SI ESONERA IL SIG. \_\_\_\_\_ DA TALE OBBLIGO

DATA \_\_\_\_\_ IL RETTORE/IL DIRETTORE GENERALE/ILTITOLARE DEI FONDI \_\_\_\_\_

(\*) Barrare l'ipotesi che interessa

**QUADRO C**

DA COMPILARE SOLO DA PARTE DI PERSONALE ESTRANEO ALL'AMMINISTRAZIONE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_  
RESIDENZA VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_  
LOCALITA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
DOMICILIO FISCALE (VIA/P.ZZA) \_\_\_\_\_  
LOCALITA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_  
TEL. (CASA - UFF.) \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO ENTE \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_  
ALIQUOTA IRPEF \_\_\_\_\_ EVENTUALE CASSA PREVIDENZIALE \_\_\_\_\_  
REGIMI AGEVOLATI \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI ACCREDITO**

BANCA \_\_\_\_\_  
VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
AGENZIA \_\_\_\_\_  
BIC/SWIFT \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
 CASSA/SPORETELLO \_\_\_\_\_ TESORERIA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni amministrative e penali relative a dichiarazioni false e mendaci; si impegna a presentare una nuova dichiarazione aggiornata in caso di variazioni concernenti i dati sopra riportati, entro 30 giorni dal verificarsi delle stesse, sollevando sin d'ora codesta Amministrazione da ogni responsabilità in merito all'applicazione di quanto dichiarato.

DATA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ firma

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, che i dati raccolti con il presente documento saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione del rimborso delle spese, nonché per gli adempimenti imposti dalla Legge. Tali dati potranno essere comunicati ad eventuali terzi sempre per le finalità imposte dalla Legge. Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a di poter esercitare i diritti di cui all'art. 7 del suddetto D.Lgs.

DATA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ firma

**RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLE SPESE DI MISSIONE**

**QUADRO D**

DATA DI PARTENZA DAL LUOGO DI RESIDENZA	_____ / _____ / _____	ORA _____
	giorno            mese            anno	
DATA DI ARRIVO NEL LUOGO DI MISSIONE	_____ / _____ / _____	ORA _____
	giorno            mese            anno	
DATA DI PARTENZA DAL LUOGO DI MISSIONE	_____ / _____ / _____	ORA _____
	giorno            mese            anno	
DATA DI ARRIVO NELLUOGO DI RESIDENZA	_____ / _____ / _____	ORA _____
	giorno            mese            anno	

I SEGUENTI QUADRI VANNO COMPILATI SOLO NEL CASO IN CUI L'INCARICO DI MISSIONE SIA SVOLTO IN PIU' LOCALITA'

LUOGO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ O STATO (SE ESTERO) \_\_\_\_\_

DATA DI PARTENZA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

giorno            mese            anno

MEZZO DI TRASPORTO \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ O STATO (SE ESTERO) \_\_\_\_\_

DATA DI PARTENZA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

giorno            mese            anno

ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ O STATO (SE ESTERO) \_\_\_\_\_

DATA DI PARTENZA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

giorno            mese            anno

ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ O STATO (SE ESTERO) \_\_\_\_\_

DATA DI PARTENZA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

giorno            mese            anno

ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ O STATO (SE ESTERO) \_\_\_\_\_

DATA DI PARTENZA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

giorno            mese            anno

ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO

## SPESE DI VIAGGIO

	Descrizione	Tipo valuta	Importo	Spesa sostenuta direttamente dall'Amministrazione - Ufficio Missioni (*)
1	BIGLIETTI FERROVIARI TARIFFA ORDINARIA ...		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
2	SUPPLEMENTI W.L. O CUCCHETTA .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
3	SUPPLEMENTI FERROVIARI DIVERSI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
4	BIGLIETTI AEREI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
5	SUPPL. AEREI PER ECCEDEXZA BAGAGLIO .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
6	AIR TERMINAL .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
7	SUPPLEMENTI AEREI DIVERSI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
8	BIGLIETTI DI AUTOCORRIERA .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
9	BIGLIETTI DI NAVE .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
10	SUPPLEMENTI NAVALI DIVERSI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
11	ISCRIZIONE A CONGRESSI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
12	VISTI DI FRONTIERA .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
13	FATTURA NOLEGGIO AUTO .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
14	FATTURE ALBERGHI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
15	FATTURE RISTORANTI .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
16	RECUPERO ANTICIPO .....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
17	.....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
18	.....		_____ / _____	<input type="checkbox"/>
19	VIAGGI EFFETTUATI CON MEZZO PROPRIO: KM. PERCORSI .....			
20	VIAGGI EFFETTUATI CON MEZZI MESSI A DISPOSIZIONE: KM. PERCORSI .....			

COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO

**N.B. - IL PRESENTE QUADRO DEVE ESSERE TASSATIVAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE (\*)**

- Per il compimento della presente missione **si dichiara di non aver** ricevuto alcuna anticipazione
- Per il compimento della presente missione **si dichiara di aver** ricevuto un'anticipazione di Euro \_\_\_\_\_
- Per il compimento della presente missione **(solo all'estero)** si richiede il solo rimborso analitico delle spese sostenute **(a piè di lista)**
- Per il compimento della presente missione **(solo all'estero)** si richiede l'erogazione del trattamento alternativo **(rimborso forfettario)**

ANNOTAZIONI DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ROMA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

(\*) Barrare l'ipotesi che interessa