

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ROMA TRE

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

Prot. n. .... Pos. .... Missione n. .... Data .....

### RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

Nominativo ..... Qualifica .....

Livello classe ..... in servizio c/o .....

Data inizio missione ..... Data termine missione .....

Località della missione ..... Mezzo trasporto usato .....

Finalità della missione .....

### 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 di non richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l'Amministrazione Universitaria per le quote assicurative da essa pagate a mio conto.

### DICHIARAZIONE ESONERO RESPONSABILITÀ PER L'USO DEL MEZZO PROPRIO

Il sottoscritto dichiara di sollevare l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del mezzo proprio.

**Il dipendente dichiara che non ha in atto aspettative o congedi** .....

(firma di chi effettua la missione)

### RICHIESTA ANTICIPAZIONE DELLE SPESE

Italia = 75%

Estero:  Piè di lista = viaggio + soggiorno

Quota di rimborso = 70% + viaggio

.....  
(firma di chi effettua la missione)

### PROSECUZIONE ATTIVITÀ DIDATTICA

La missione è stata autorizzata dal Consiglio di Dipartimento nella seduta del .....

(Tale comunicazione dovrà essere effettuata soltanto in caso di missione di durata superiore ai 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica).

Durante l'assenza del servizio nel periodo della missione:

non è prevista attività didattica

l'attività didattica sarà proseguita dal Prof. ....

.....  
(firma di chi effettua la missione)

### DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ SUI PROGETTI

La spesa della missione dovrà gravare sul progetto n. .... di cui il sottoscritto è titolare.

Prof. ....

(nome e cognome in stampatello)

.....  
(firma responsabile del progetto)

### MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARI

Taxi

Mezzo proprio

Mezzo noleggiato

Roma, .....

.....  
(firma del Direttore di Dipartimento)

### MISSIONE SVOLTA DAL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Roma, .....

.....  
(firma del Vicario di Dipartimento)

### AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE DATE E/O LOCALITÀ

Si autorizzano in data (1) ..... le seguenti variazioni:

nuova data di inizio ..... nuova data di termine .....

altre località della missione .....

la missione è stata annullata.

(1) L'autorizzazione della variazione deve essere preventiva rispetto alle nuove date della missione.

.....  
(firma del Direttore di Dipartimento)

### RIMBORSO SPESE MISSIONE ALL'ESTERO

Rimborso a piè di lista

Quota di rimborso + viaggio .....

Il sottoscritto dichiara di non aver fruito di alloggio a carico dell'Amministrazione, di Enti pubblici e/o privati, di Istituzioni comunitarie o di Stati esteri.

.....  
(firma di chi effettua la missione)