



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

MODULO MISSIONI

Struttura _____

NOME _____

COGNOME _____

RESIDENZA _____

ABITUALE DIMORA¹ _____

SEDE DI SERVIZIO _____

QUALIFICA _____

DATI DELLA MISSIONE/TRASFERTA

LUOGO DI PARTENZA

DESTINAZIONE

DATA INIZIO

ORA INIZIO

DATA FINE PRESUNTA

ORA FINE PRESUNTA

OGGETTO E MOTIVAZIONE
DELLA MISSIONE

- Missione/trasferta senza spese
- Missione/trasferta con spese

Missione/trasferta all'estero – modalità di rimborso

o Rimborso documentato

o Trattamento alternativo (importo forfettario a titolo di vitto e alloggio pari ad € 70,00 al giorno)

¹ Se diversa dalla residenza.

FONDO DI PROGETTO sul quale verrà imputata la spesa (se presente):

--

MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARI PREVISTI

- AUTO PROPRIA
- MEZZO NOLEGGIATO
- TAXI URBANO
- TAXI EXTRAURBANO

MOTIVAZIONE

--

Le motivazioni per l'utilizzo dei mezzi straordinari sono elencate all'art. 10 del Regolamento Missioni, consultabile al link https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Statuto_regolamenti_normativa/Regolamenti/Sezione_E_-_Regolamento_Missioni

Dichiarazione di esonero da responsabilità

Il sottoscritto, con riferimento alla missione/trasferta in oggetto, dichiara di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità diretta o indiretta circa l'uso del

- mezzo proprio
- mezzo noleggiato
- mezzo offerto

Firma

SPESE A PREVENTIVO

ALLOGGIO	
PASTI	
TRASPORTO	
ALTRO	
TOTALE SPESE PRESUNTE	

RICHIESTA ANTICIPO

Sì

Importo richiesto

No

L'anticipazione è concessa sulla base di quanto disposto dall'art. 14 del Regolamento Missioni, consultabile al link https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Statuto_regolamenti_normativa/Regolamenti/Sezione_E_-_Regolamento_Missioni

Data:

IL RICHIEDENTE

.....

VISTO, SI AUTORIZZA

IL TITOLARE DEL FONDO

.....

IL DIRETTORE

.....

IL COORDINATORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE (per specializzandi)

.....

SOLO PER I DOTTORANDI

CICLO _____ ISCRITTO AL CORSO _____

TUTOR (cognome e firma)

COORDINATORE del CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA (cognome e firma)

RICHIESTA RIMBORSO SPESE ED INDENNITÀ

NOME _____

COGNOME _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute così come previsto dall'art. 1 comma 3 del Regolamento Missioni

DATI DELLA MISSIONE/TRASFERTA

LUOGO DI PARTENZA

DESTINAZIONE

DATA INIZIO

ORA INIZIO

DATA FINE

ORA FINE

Richiesto Anticipo o Sí o No

Rimborso totale o parziale ricevuto da altri enti pubblici/privati o Sí o No

SPESE SOSTENUTE

TIPOLOGIA DI SPESA

IMPORTO TOTALE

ALLOGGIO	
PASTI	
AEREO	
TRENO	
BUS	
TAXI	
MEZZO A NOLEGGIO	
PEDAGGIO AUTOSTRADALE	
TASSA DI SOGGIORNO	
FOTOCOPIE, STAMPE, POSTER Rimborsabili nel caso in cui non sia stato possibile perfezionare in tempo utile dagli uffici competenti.	
ISCRIZIONE CONVEGNO Rimborsabile qualora non programmabile, necessaria e che non sia stato possibile perfezionare in tempo utile dagli uffici competenti.	
VARIE Le spese varie, rimborsabili nel limite giornaliero di € 15,00 per l'Italia ed € 25,00 per l'estero, sono elencate all'art. 8 comma 3 del Regolamento Missioni.	
TOTALE SPESE RICHIESTE A RIMBORSO	

ITINERARIO PERCORSO CON AUTO PROPRIA					
Da	A	Data	Ora	Mezzo di trasporto	Km

I massimali di spesa rimborsabili sono indicati all'art. 9 del Regolamento Missioni, consultabile al link https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Statuto_regolamenti_normativa/Regolamenti/Sezione_E_-_Regolamento_Missioni

I giustificativi di spesa dovranno essere allegati in originale alla presente richiesta, pena l'inammissibilità del rimborso².

VERSAMENTO SU C/C BANCARIO (da compilare solo se diverso rispetto al dato già presente in anagrafica)

IBAN	
-------------	--

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL RICHIEDENTE

Data:

IL RICHIEDENTE

.....

VISTO, SI LIQUIDA

IL DIRETTORE

.....

² Si elencano a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, alcune tipologie di spesa maggiormente ricorrenti:

- spese di alloggio, allegare fattura/ricevuta fiscale;
- pasti, allegare documentazione avente validità fiscale;
- viaggi con aereo, allegare biglietto e carta d'imbarco.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO LIQUIDATORE	
------------------------------------------------	--

TOTALE SPESE RIMBORSABILI	
---------------------------	--

Anticipo	
----------	--

NETTO A PAGARE	
-----------------------	--

EVENTUALI ANNOTAZIONI

Data:

Operatore:

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL SOGGETTO CHE AUTORIZZA

Data:

Firma: