**Incarico di Missione / Utilizzo del Mezzo Proprio del Personale Dipendente ed Equiparato**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Riservato all’Ufficio di protocollo |
| Struttura: | AREA RICERCA |  | Nr. Prot.: |  | Data |  |

# Si Autorizza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome** | **(\*)Data di nascita:**  | **(\*)Luogo di nascita** |
| (\*)Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(\*)Indirizzo** | **n°.** | **(\*)Città** | **(\*)Provincia** | **(\*)Cap.** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **(\*)Sede di servizio ovvero sede di abituale dimora** | **(\*)Qualifica** |

(\*) non compilare se si tratta di personale dipendente

# ad espletare la missione istituzionale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Località** | **Data e ora inizio** | **Data e ora fine** |
|  |  |  |
| **Motivo (1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_National Innovation Ecosystem grant ECS00000041 - VITALITY - CUP D83C22000710005** |
| **Mezzi di trasporto** |
| ( ) Ferrovia | ( ) Aereo | ( ) Altri mezzi di linea pubblici  | ( ) Mezzo dell’Amministrazione |
| ( ) Mezzo a noleggio | ( ) Taxi | ( ) Mezzo proprio (\*\*) |

# In caso di utilizzo del mezzo proprio ovvero di mezzo a noleggio compilare la seguente parte di modulo (1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Percorso autorizzato** | **Data**  | **ora inizio** | **Data e**  | **ora fine** |
|  |  |  |  |  |
| **Marca** | **Modello** | **Targa** |
|  |  |  |

(\*\*) Il sottoscritto attesta, in caso di utilizzo del mezzo proprio, che il medesimo è di proprietà del richiedente o di un proprio familiare e che esso è in regola e conforme alla normativa del Codice della strada, sollevando l’Amministrazione da qualsiasi responsabilità circa l’uso del medesimo mezzo di trasporto.

# A tal fine dichiara che ricorrono i seguenti motivi

|  |
| --- |
| [ ] Detto mezzo risulta economicamente più conveniente per l’Amministrazione (art. 9, Legge 417/78) |
| [ ] L’uso dell’auto si rende necessario per le seguenti particolari esigenze di servizio (art. 9, Legge 417/78) |
| [ ] Il percorso non è servito per intero da ferrovia o da altri servizi di linea (art. 15, Legge 836/73) |
| [ ] L’itinerario e gli orari dei servizi pubblici di linea sono inconciliabili con lo svolgimento della mobilità stessa. (art. 9, Legge 417/78 - art. 9, Legge 417/78) |
| [ ] Si rende necessario per il trasporto dei seguenti strumenti e materiale:[ ] Rientra nella previsione di cui all’art. 7 comma 3 del Regolamento per la disciplina delle modalità di conferimento e del trattamento economico degli incarichi di missione – lettere [ a ] [ b ] [ c ] [ d ] [ e ] |

# Imputazione della spesa (1) *(vedi allegato)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget**  | **Voce di Costo** | **Cod. Siope** | **Progetto** |
| UA.A.AMM.ARIC | CA.04.43.18.02.01 | SX.U.1.03.02.02.002 | ARIC\_PNRR\_ECOSISTEMA\_SPOKE\_7 |
| Annotazioni |
|  |
| **Il Richiedente** | **Il Titolare del fondo** | **Il Soggetto autorizzatore (\*\*\*)**  | **Il Responsabile** |
| Dott./Dott.ssa (inserire nominativo) | Dott.ssa Fiorella de Ciocchis | Il TutorProf./Prof.ssa (inserire nominativo) | Prof.ssa Silvana Colella |
| Luogo e data di compilazione:  |  |

(\*\*\*) art. 2 e art. 3 del Regolamento per la disciplina delle modalità di conferimento e del trattamento economico degli incarichi di missione

(1) Obbligatorio

## Richiesta Liquidazione di Missione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nome e cognome** | **(\*)Data di nascita** | **(\*)Luogo di nascita** |
|  |  |  |
| (\*)Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(\*)Indirizzo** | **n°.** | **(\*)Città** | **(\*)Provincia** | **(\*)Cap.** |
|  |  |  |  |  |

(\*) non compilare se si tratta di personale dipendente

|  |
| --- |
| In relazione alla missione espletata a:  |

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| di essere partito da:  | il giorno: | alle ore: |
| di essere rientrato a: | il giorno: | alle ore: |

|  |
| --- |
| **Di aver sostenuto i seguenti costi:** |
| ( ) Di aver sostenuto spese di alloggio per €  |
| ( ) Di aver sostenuto spese di vitto per €  |
| ( ) Di aver percorso con mezzo proprio Km  |
| ( ) Di aver sostenuto spese di mobilità per €  |
| ( ) Di aver ricevuto un’anticipazione di €  |

|  |
| --- |
| **Ai fini del rimborso delle predette spese allega** |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di alloggio | Nr. |  |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di vitto | Nr. |  |
| ( ) Ricevute di pedaggio autostradale (nel caso di utilizzo autorizzato del mezzo proprio) | Nr. |  |
| ( ) Biglietti originali di viaggio | Nr. |  |

|  |
| --- |
| **Modalità di pagamento**  |
| ( ) Versamento su c/c: IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ( ) Riscossione per cassa presso gli sportelli di: Intesa San Paolo |

**Il sottoscritto dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, che tutta la documentazione presentata è oggetto di rimborso esclusivamente da parte di questa amministrazione.**

**(1)** (La copertura assicurativa è garantita ai sensi dell’art.8, D.P.R. 319/90) - II dipendente ed il personale equiparato, incaricato di espletare attività istituzionale dall’Università di Macerata, in caso di sinistro si impegna a darne tempestiva comunicazione all’Amministrazione Universitaria presso i seguenti recapiti: ufficio trattamento economico: tel. 07332582423-fax 0733258.2634

e-mail: ufficio.stipendi@unimc.it

**Il personale contrattualizzato (PTA), una volta ottenuta l’attestazione della sussistenza dei presupposti di legge per l’utilizzo del mezzo proprio da parte del Responsabile della struttura, deve sottoporre la presente richiesta alla valutazione del Direttore generale che rilascerà la prescritta autorizzazione. (art. 7 comma 4 del Regolamento emanato con D.R. n. 204 del 9 giugno 2014).**

# Imputazione della spesa (1) *(vedi allegato)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget**  | **Voce di Costo** | **Cod. Siope** | **Progetto** |
| UA.A.AMM.ARIC | CA.04.43.18.02.01 | SX.U.1.03.02.02.002 | ARIC\_PNRR\_ECOSISTEMA\_SPOKE\_7 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Richiedente** |  | **Visto, si autorizza la liquidazione** |
| Dott./Dott.ssa (inserire nominativo) |  |  |
|  |  |  |
| **Luogo e data di compilazione:** |

(1) Obbligatorio