



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

## RICHIESTA DI ANTICIPO DI MISSIONE

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

MATRICOLA \_\_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

### CHIEDE

un anticipo per la missione a \_\_\_\_\_

Partenza il \_\_\_\_\_ Rientro il \_\_\_\_\_

Oggetto della missione \_\_\_\_\_

**MISSIONE IN ITALIA O ALL'ESTERO CON RIMBORSO DOCUMENTATO**

L'anticipo può essere erogato per il viaggio nella misura del 100% della spesa prevista e per l'alloggio nella misura del 75% della spesa prevista

TIPOLOGIA	IMPORTO SPESA	IMPORTO ANTICIPO RICONOSCIUTO (a cura dell'ufficio)
VIAGGIO		
ALBERGO		
<b>TOTALE</b>		

**MISSIONE ALL'ESTERO CON TRATTAMENTO ALTERNATIVO**

L'anticipo può essere erogato per il viaggio nella misura del 100% della spesa prevista e per il trattamento alternativo nella misura del 90% della somma spettante di cui alla tabella 3 del Regolamento

TIPOLOGIA	IMPORTO SPESA	IMPORTO ANTICIPO RICONOSCIUTO (a cura dell'ufficio)
VIAGGIO		
TRATTAMENTO ALTERNATIVO (vedi tabella 3 del Regolamento)		
<b>TOTALE</b>		



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Il sottoscritto dichiara:

di avere     non avere                      percepito altre indennità o rimborsi da altri enti/istituzioni

Il sottoscritto si impegna inoltre:

a presentare all'ufficio la richiesta di rimborso spese di missione entro 30 giorni dalla conclusione della missione;

a restituire l'anticipo ricevuto entro 10 giorni dalla data in cui avrebbe avuto inizio la missione, in caso di impossibilità ad effettuarla;

qualora l'importo dell'anticipo risultasse superiore alle spese effettive, a restituire la differenza entro 30 giorni dal termine della missione.

EVENTUALI NOTE

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

**Si autorizza la spesa per missione sui seguenti fondi:**

NUMERO UO \_\_\_\_\_ UA \_\_\_\_\_ CG.EC.02.12.05.01

CA.EC.02.12.05.01 Missioni pers. dip. non soggette a limiti statali    N.VINCOLO \_\_\_\_\_

CA.EC.02.12.06.01 Missioni pers. dip. soggette a limiti statali    N.VINCOLO \_\_\_\_\_

PROGETTO \_\_\_\_\_

Il Titolare dei fondi di progetto\*

Il Responsabile della Struttura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* La firma è richiesta solo in caso di missioni che gravano su fondi di progetto finalizzati