



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

RICHIESTA DI INCARICO DI MISSIONE

COGNOME E NOME _____

MATRICOLA _____ QUALIFICA _____

IN SERVIZIO PRESSO _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE

LA MISSIONE A _____

DAL _____ AL _____

OGGETTO DELLA MISSIONE _____

BARRARE LA CASELLA NEL CASO DI AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE AL SEGUITO (personale TA e COLL. LING. inviato in missione insieme a personale docente, ricercatore, direttore generale e dirigenti autorizzato dal responsabile al rimborso dei massimali più alti - art. 8 c.5 del Regolamento)

MEZZI ORDINARI DI VIAGGIO

TRENO AEREO NAVE PULLMAN/CORRIERA AUTO DI SERVIZIO

MEZZI STRAORDINARI DI VIAGGIO E DI TRASPORTO

Il sottoscritto chiede l'autorizzazione all'uso di uno dei seguenti mezzi straordinari:

TAXI AUTO PROPRIA* AUTO A NOLEGGIO

*In caso di utilizzo dell'**auto propria**, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara altresì:

- di appartenere al personale contrattualizzato di cui al D. Lgs. 165/2011 **con** funzioni istituzionali di carattere ispettivo, di vigilanza e controllo e che la missione è attinente all'esercizio di tali funzioni
- di appartenere al personale contrattualizzato di cui al D. lgs. 165/2001 **senza** funzioni istituzionali di carattere ispettivo, di vigilanza e controllo (**solo per missioni fuori dalla circoscrizione provinciale; in tal caso la presente autorizzazione vale ai soli fini assicurativi e non comporta il diritto al rimborso delle spese**)

Itinerario _____ Km totali percorsi A/R _____

Tipo vettura _____ targa _____

Il sottoscritto solleva l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta circa l'uso di tale mezzo.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

MEZZI STRAORDINARI DI VIAGGIO E DI TRASPORTO

E' obbligatoria la compilazione pena il mancato rimborso delle relative spese

Viaggio (auto propria o a noleggio)	Trasporto nella sede di servizio (taxi o auto a noleggio)	Trasporto nel luogo di missione (taxi o auto a noleggio)
<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto	<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto	<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto
<input type="checkbox"/> il luogo della missione non è servito da mezzi ordinari di linea	<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti	<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti
<input type="checkbox"/> convenienza economica per l'Università di Bologna	<input type="checkbox"/> utilizzo nella fascia oraria dalle ore 21.00 alle ore 7.00	<input type="checkbox"/> utilizzo nella fascia oraria dalle ore 21.00 alle ore 7.00
<input type="checkbox"/> particolari esigenze di servizio e/o necessità di raggiungere il luogo o di rientrare al più presto in sede per motivi istituzionali	<input type="checkbox"/> difficoltà a deambulare debitamente certificata	<input type="checkbox"/> difficoltà a deambulare debitamente certificata
<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti	<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze di servizio	<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze di servizio
<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze dell'attività oggetto della missione		<input type="checkbox"/> nel caso di missioni all'estero per motivi di sicurezza del paese di destinazione

MISSIONI ALL'ESTERO

Il sottoscritto opta per la seguente modalità di rimborso delle spese:

RIMBORSO DOCUMENTATO (con presentazione dei documenti di spesa in originale)

TRATTAMENTO ALTERNATIVO (solo per missioni all'estero, superiori a un giorno, incluso il tempo del viaggio)

Data _____ Il richiedente _____

Vista la richiesta si autorizza la 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 _____

Verificata altresì la sussistenza dei presupposti all'utilizzo dell'auto propria (ove richiesto), si autorizza la copertura assicurativa sui seguenti fondi:

NUMERO UO _____ UA _____ CG.EC. _____

PROGETTO _____

Il Titolare dei fondi di progetto

Il Responsabile della Struttura
