

NOME DI CHI HA FATTO LA MISSIONE	<input type="text"/>	NOMERESP. FONDI	<input type="text"/>
MISSIONE	<input type="text"/>	LUOGO RESIDENZA	<input type="text"/>
CONVEGNO/SEMINARIO	<input type="text"/>	PROV. RESIDENZA	<input type="text"/>
DATA MISSIONE	<input type="text"/>	VIA E N° CIVICO	<input type="text"/>
LOCALITÀ MISSIONE	<input type="text"/>	LUOGO NASCITA	<input type="text"/>
ITINERARIO MISSIONE	<input type="text"/>	PROV. NASCITA	<input type="text"/>
INIZIO MISSIONE ORE	<input type="text"/>	DATA NASCITA	<input type="text"/>
DURATA MISSIONE (gg)	<input type="text"/>		
CODICE PROGETTO	<input type="text"/>		
DATA AUTORIZZAZIONE	<input type="text"/>		
DATA DI FINE MISSIONE	<input type="text"/>		
ORA DI FINE MISSIONE	<input type="text"/>		
DATA CONVEGNO	<input type="text"/>		
LUOGO CONVEGNO	<input type="text"/>		
DATA RICERCA BIBLIO	<input type="text"/>		
LUOGO RICERCA BIBLIO.	<input type="text"/>		
QUALIFICA	<input type="text"/>		
DATA RICHIESTA RIMB.	<input type="text"/>		
LUOGO RESIDENZA	<input type="text"/>		
VIA E N° CIVICO	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	<input type="text"/>		
LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>		
PROV. NASCITA	<input type="text"/>		

PROV. RESIDENZA

KM PERCORSI

AUTO E TARGA

RIPETERE MISSIONE

RIPETERE DATA AUTOR.

COMPILARE A PARTE LA SEZIONE RELATIVA ALLA RENDICONTAZIONE



UNIVERSITA' DEGLI STUDI
CAGLIARI

AUTORIZZAZIONE A COMPIERE LA MISSIONE

Al Sig.: (1) _____

Struttura di appartenenza
DiSVA (Via Fiorelli 1)

OGGETTO E MOTIVAZIONE DELLA MISSIONE: (2)

Fondi per attività: istituzionale commerciale

Si autorizza la S.V. a compiere la seguente missione _____

con inizio dalle ore _____ del giorno _____

Località in cui si effettua la missione _____

itinerario _____

La durata della missione è prevista in giorni _____ compreso il viaggio.

Si autorizza l'uso del mezzo: ordinario straordinario

(3) DATI OBBLIGATORI - fondi su cui far gravare la missione:

UO

UA

Voce COAN

Codice Progetto

Spesa Presunta

Cagliari, _____

(4) Il Responsabile del Centro di Gestione
(Timbro e Firma)

Visto del Responsabile intermedio (se richiesto)

-
- (1) Indicazione della persona cui si dà incarico della missione e ruolo rivestito;
(2) Si deve indicare la tipologia della missione
(3) Da indicare prima dell'autorizzazione, esempio:
(UO Unità Organizzativa; UA Unità Analitica, COAN Contabilità Analitica)
(4) Responsabile del budget sul quale grava il costo della missione
-



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI CAGLIARI

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Persona che ha compiuto la missione _____

Qualifica _____

Parametro (per i non dipendenti dello Stato specificare il grado equivalente)

Luogo di residenza _____ Indirizzo _____

Oggetto della missione _____

Luogo della missione _____

Itinerario _____

Missione effettuata su autorizzazione di Direttore del Dipartimento

Giorno e ora di partenza dal luogo di residenza _____ H: _____

Giorno e ora di attraversamento della frontiera (andata) _____

Giorno e ora di attraversamento della frontiera (ritorno) _____

Giorno e ora di arrivo nel luogo di residenza _____ H: _____

Allegati:

- Autorizzazione a compiere la missione e dichiarazione di arrivo e partenza dalla sede;
- Autorizzazione a servirsi di mezzi di trasporto straordinari;
- Attestato di partecipazione;
- Documentazione in originale (specificare)

Eventuali osservazioni: _____

DATI OBBLIGATORI – fondi su cui far gravare la missione:

UO _____

UA _____

Voce COAN _____

Codice Progetto _____

Somma anticipata dall'Amministrazione

Cagliari, _____

(firma del richiedente)

Si dichiara che le indicazioni su esposte sono esatte.

Il Responsabile del Centro di Gestione (1)

(Timbro e Firma)

(1) Responsabile del budget sul quale grava il costo della missione

N.B. - Non sarà effettuato il rimborso delle spese di viaggio e non potranno essere corrisposte le indennità di missione se non saranno allegati i biglietti in originale, o se il presente modulo non verrà debitamente compilato in ogni sua parte.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente
Via Ing. Tommaso Fiorelli, n. 1 – 09126 Cagliari

Il sottoscritto (1)

In relazione alla missione disposta con autorizzazione del
Ricorrendo le condizioni di legge per l'uso della propria autovettura per il trasporto personale di
materiale scientifico particolarmente delicato, chiede di essere autorizzato a servirsi della propria
autovettura (2)

Al riguardo dichiara espressamente di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per i
danni che l'utilizzo di detto mezzo possa, comunque, arrecare a terzi o ai trasportati.

Cagliari, li

Firma

Visto, si autorizza

IL DIRETTORE

Il sottoscritto dichiara sotto la sua personale responsabilità, di aver usato la propria
autovettura, effettuando il seguente percorso:

viaggio di andata

per complessivi Km

Cagliari, li

Firma

IL DIRETTORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

PER MISSIONE E/O PARTECIPAZIONE A
RIUNIONE/CONGRESSO/CONVEGNO/SEMINARIO/WORKSHOP

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. ____ il _____ residente in _____

Prov. ____ via _____ *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000*

Dichiara

A) di aver partecipato alla riunione/congresso/convegno/seminario/workshop dal titolo _____ in data _____

_____ presso _____

B) di aver effettuato ricerche bibliografiche/scientifiche in data _____

_____ presso _____

C) di aver svolto la seguente missione _____

_____ presso _____

D) di non aver potuto produrre apposita certificazione/attestazione di partecipazione perché:

Ha smarrito l'attestazione di partecipazione;

Non veniva rilasciata alcuna attestazione;

E) Altro _____

F) che la missione _____

è strettamente inerente rispetto all'attività cui sono destinati i fondi utilizzati;

G) che il/la Prof./Prof.ssa/Dott./D.ssa _____

è inserito/a nel progetto di ricerca _____

Cagliari lì _____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**PER MISSIONE E/O PARTECIPAZIONE A
RIUNIONE/CONGRESSO/CONVEGNO/SEMINARIO/WORKSHOP**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. ____ il _____ residente in _____

Prov. ____ via _____ *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del
28/12/2000*

Dichiara

A) di aver partecipato alla riunione/congresso/convegno/seminario/workshop dal titolo
_____ in data

_____ presso _____

B) di aver effettuato ricerche bibliografiche/scientifiche in data

_____ presso _____

C) di aver svolto la seguente missione _____

_____ presso _____

D) di non aver potuto produrre apposita certificazione/attestazione di partecipazione
perché:

Ha smarrito l'attestazione di partecipazione;

Non veniva rilasciata alcuna attestazione;

E) Altro _____

F) che la missione _____

è strettamente inerente rispetto all'attività cui sono destinati i fondi utilizzati;

G) che il/la Prof./Prof.ssa/Dott./D.ssa _____

è inserito/a nel progetto di ricerca _____

Cagliari lì _____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



RENDICONTO DELLA MISSIONE

A FAVORE DI _____

SPESE DI VIAGGIO - (da compilarsi a cura di chi effettua la missione)

data	ora	itinerario e mezzo adoperato			costi
		da _____	a _____	a mezzo _____	
		da _____	a _____	a mezzo _____	
		da _____	a _____	a mezzo _____	
		da _____	a _____	a mezzo _____	
		da _____	a _____	a mezzo _____	
		da _____	a _____	a mezzo _____	
SPESE D'ALBERGO					
		Fattura n. _____	del _____		
		Fattura n. _____	del _____		
		Fattura n. _____	del _____		
		Fattura n. _____	del _____		
PASTI					
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
		Ric. n. _____	del _____		
QUOTA D'ISCRIZIONE					
TOTALE SPESE €					
PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE					
INDENNITA' KMETRICA					
		per Km _____	a € _____	€ _____	
		per Km _____	a € _____	€ _____	Totale _____
TOTALE €					