



UNIVERSITÀ
DEL SALENTO

Di.S.Te.B.A

Scrittura n. _____

Missione n. _____

MODULO DI MISSIONE

Il / La sottoscritto/a _____

Qualifica _____ in servizio presso _____ matr. _____

Chiede l'autorizzazione ad espletare la seguente missione:

Località _____

Oggetto: (dettagliare) _____

Inizio missione _____ Fine missione _____ Durata massima giorni _____

Dichiara che la missione è compatibile con l'attività didattica e di ricerca istituzionale nell'esclusivo interesse dell'Amministrazione

La missione verrà espletata con l'uso di:

- Mezzo ordinario aereo treno pullman nave mezzo amministrazione altro

- Mezzo straordinario * mezzo privato Tipo _____ Targa _____

* Si allega richiesta di concessione preventiva all'uso del mezzo di trasporto straordinario

La spesa graverà sui fondi _____ voce bilancio _____ UPB: _____

Lecce, _____

IL RESPONSABILE DEI FONDI / DEL PROGETTO

IL RICHIEDENTE

AUTORIZZAZIONE

IL DIRETTORE

RICHIESTA RIMBORSO SPESE E COMUNICAZIONI DELL'INTERESSATO

Il sottoscritto _____

Qualifica _____

(Obbligatorio per il personale esterno)

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ cap. _____ alla via/P.zza _____ n. _____

Tel./Cell. _____ Tel. Ufficio _____ e-mail _____

Sede servizio _____ città _____

dichiara sotto la propria responsabilità:

di aver compiuto la seguente missione come di seguito indicato e chiede il rimborso delle spese sostenute:

Missione a (*) _____

Inizio missione: data _____ ora _____

Fine missione: data _____ ora _____

Imbarco territorio estero: data _____ ora _____ **Sbarco territorio estero:** data _____ ora _____

Imbarco territorio estero: data _____ ora _____ **Sbarco territorio estero:** data _____ ora _____

Imbarco territorio estero: data _____ ora _____ **Sbarco territorio estero:** data _____ ora _____

(*) In caso di missione effettuata in più paesi esteri si prega dettagliare per ogni paese la data e gli orari di sbarco ed imbarco

Il sottoscritto dichiara inoltre di: non avere avuto un anticipo avere avuto un anticipo di € _____

non avere chiesto rimborso delle spese a terzi e si impegna a non chiederlo.

Chiede che il rimborso della missione venga accreditato presso:

Banca / Posta _____ Indirizzo _____

IBAN (**)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(**) In assenza di indicazione del codice IBAN sarà utilizzata la modalità di accredito prevista dal sistema di contabilità "Easy".

Altre comunicazioni: _____

DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE ALLEGATE

	Data	Causale (specificare) (es. treno, aereo, albergo, pasto, ecc.)	Euro	Altra valuta (specificare)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 196/03, che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

Data _____

Firma

Visto e riconosciuta regolare, si liquida la spesa e si autorizza il pagamento di €.....

A favore di

Il Responsabile Amministrativo
Dott.ssa Alessandra Inguscio

Emesso Mandato n.

Del.....