MINISTERO DELL'UNIVERSITA E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

UNIVERSITA DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGICO,MEDICO,ODONTOIATRICO E DI SCIENZE MORFOLOGICHE CON INTERESSE TRAPIANTOLOGICO, ONCOLOGICO E DI MEDICINA RIGENERATIVA

INCARICO/AUTORIZZAZIONE A COMPIERE LA MISSIONE

Richiedente: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio fiscale a _____ Prov _____

Qualifica/Ruolo (2) _____ Datore di lavoro (3) _____

Destinazione missione _____

Motivazione missione _____

_____

con inizio alle ore _____ del giorno _____

La durata della missione è prevista in giorni _____ compreso il viaggio.
La spesa graverà sul codice progetto _____

La missione deve essere effettuata a mezzo (indicare eventualmente se è il mezzo è di proprietà dell'Università) _____
Motivazione per eventuale uso di mezzi di trasporto diversi dai mezzi ordinari(4)

_____

In caso di utilizzo del mezzo privato:

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'automezzo privato che utilizzerà, targato _____, è assicurato per la responsabilità civile verso terzi in base alla L.n.990/69 e successive modifiche. Dichiara inoltre di sollevare l'Amministrazione da ogni responsabilità per danni che l'uso del automezzo possa comunque arrecare a terzi e/o ai trasportati, nonché infortuni che potrebbe subire.

SI DICHIARA che il regime scelto per il rimborso della trasferta (scelta prevista solo per le missioni all'estero) è:

□ **ANALITICO** □ **ALTERNATIVO** (5)

SI DICHIARA che è stata verificata la compatibilità con gli impegni istituzionali relativi all'attività didattica e di ricerca.

Data richiesta (6) _____

Firma del richiedente _____

Firma del titolare dei fondi/progetto _____

Firma del Direttore di Dipartimento/Centro _____

(1)Specificare la Struttura di appartenenza
(2)Indicare se Docente la qualifica e la classe di stipendio, se non Docente la qualifica e il livello di appartenenza.
(3)Solo per i non dipendenti dell'Università di Modena e Reggio Emilia.
(4)Per l'uso di mezzi di trasporto diversi dai mezzi ordinari, compreso mezzi di proprietà dell'Università, vedi articolo 8 del vigente Regolamento missioni e trasferte per il personal e dipendente e non dipendente
(5)Tale rimborso sarà assoggettato ad imposta ai sensi dell'articolo 51 c.5 del DPR 917/1986
(6)La data deve essere uguale o antecedente alla data di inizio della missione

RICHIESTA DI RIMBORSO MISSIONE - NOTA RIEPILOGO SPESE

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Il sottoscritto _____

DICHIARA di aver compiuto la missione a _____

con inizio del viaggio alle ore _____ del giorno _____ e con ritorno in sede alle ore _____ del giorno _____ .

DICHIARA di aver ricevuto un'anticipazione di euro _____ ;

DICHIARA di aver sostenuto le spese sottoelencate, per le quali si allegano i giustificativi di spesa, biglietti, fatture e/o ricevute:
- in originale e si impegna a non richiedere a terzi ulteriori rimborsi
- in formato elettronico e sono l'unica copia di cui si richiede il rimborso

1) **VIAGGIO E TRASPORTO**

Data	**Itinerario percorso**	**Itinerario percorso**	**Mezzo di trasporto**	**Tipologia di costo (es. pedaggio, biglietto)**	**Costo**
	da	**a**			
	da	**a**			
	da	**a**			
	da	**a**			

DICHIARA:

☐ nel caso di utilizzo di mezzo proprio di aver percorso complessivamente km _____ per i quali chiede il rimborso dell'indennità chilometrica

☐ che il costo del biglietto _____ è stato prepagato con carta di credito dipartimentale

☐ che l'originale del fattura/ricevuta cumulativa, relativo a _____ sarà consegnata da nome _____ cognome _____

2) **PERNOTTAMENTI**

Data	**Descrizione (fattura/ricevuta fiscale numero _____ del _____)**	**Costo**

DICHIARA:

☐ di avere usufruito di alloggio gratuito

☐ che il costo della fattura/ricevuta _____ è stato prepagato con carta di credito dipartimentale

☐ che l'originale del fattura/ricevuta cumulativa, relativo a _____ sarà consegnata da nome _____ cognome _____

.

3) **PASTI**

Data	Descrizione (fattura/ricevuta fiscale numero _____ del _____)	Costo

DICHIARA:

☐ di avere usufruito di vitto gratuito

☐ che l'originale del fattura/ricevuta cumulativa, relativo a _____ sarà consegnata da nome _____ cognome _____

4) **SPESE DI ISCRIZIONE CONVEGNI CONGRESSI**

Data	Descrizione (fattura/ricevuta fiscale numero _____ del _____)	Costo

DICHIARA:

☐ che il costo della fattura/ricevuta _____ è stato prepagato con carta di credito dipartimentale

5) **ALTRE SPESE**

Data	Descrizione (fattura/ricevuta fiscale numero _____ del _____)	Costo

Data richiesta _____

Firma del richiedente _____

Firma del titolare dei fondi/progetto _____

Firma del Direttore di Dipartimento/Centro _____

AVVERTENZE

Ai fini dell'emissione del pagamento delle missioni il presente modulo deve venire compilato in ogni sua parte, contrassegnando con una croce eventuali dizioni che interessano.
Le spese non documentate non possono venire rimborsate salvo quanto disposto nel Regolamento missioni e trasferte del personale dipendente e non dipendente.
Per spese effettuate in valuta il rimborso è disposto al cambio ufficiale UIC.

EVENTUALI NOTE

_____

_____

_____

_____