## Richiesta Liquidazione di Missione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nome e cognome** | **(\*)Data di nascita** | **(\*)Luogo di nascita** |
|  |  |  |
| (\*)Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(\*)Indirizzo** | **n°.** | **(\*)Città** | **(\*)Provincia** | **(\*)Cap.** |
|  |  |  |  |  |

(\*) non compilare se si tratta di personale dipendente

|  |
| --- |
| In relazione alla missione espletata a:  |

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| di essere partito da:  | il giorno: | alle ore: |
| di essere rientrato a: | il giorno: | alle ore: |
| di aver concluso la missione: | in data | alle ore: |

|  |
| --- |
| **Di aver sostenuto i seguenti costi:** |
| ( ) Di aver sostenuto spese di alloggio per €  |
| ( ) Di aver sostenuto spese di vitto per €  |
| ( ) Di aver percorso con mezzo proprio Km  |
| ( ) Di aver sostenuto spese di mobilità per €  |
| ( ) Di aver ricevuto un’anticipazione di €  |
| Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che l’uso del taxi si è reso necessario per coprire il tragitto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo:□ gli spostamenti nel territorio comunale del luogo ove si svolge la missione, solo nelle ipotesi in cui tale mezzo risulti necessario per raggiungere in tempo utile la sede individuata e non risultino disponibili altri mezzi;□ gli spostamenti sono necessari a raggiungere il luogo di partenza dei mezzi pubblici per arrivare nella località sede della missione;□ l’impiego si è reso necessario per fattori quali tempo, bagaglio eccessivo, orari |

|  |
| --- |
| **Ai fini del rimborso delle predette spese allega** |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di alloggio | Nr. |  |
| ( ) Documentazione fiscale relativa alle spese di vitto | Nr. |  |
| ( ) Ricevute di pedaggio autostradale (nel caso di utilizzo autorizzato del mezzo proprio) | Nr. |  |
| ( ) Biglietti originali di viaggio | Nr. |  |

|  |
| --- |
| **Modalità di pagamento**  |
| ( ) Versamento su c/c: IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ( ) Riscossione per cassa presso gli sportelli di: Intesa San Paolo |

**Il sottoscritto dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, che tutta la documentazione presentata è oggetto di rimborso esclusivamente da parte di questa amministrazione.**

**(1)** (La copertura assicurativa è garantita ai sensi dell’art.8, D.P.R. 319/90) - II dipendente ed il personale equiparato, incaricato di espletare attività istituzionale dall’Università di Macerata, in caso di sinistro si impegna a darne tempestiva comunicazione all’Amministrazione Universitaria presso i seguenti recapiti: ufficio trattamento economico: tel. 07332582423-fax 0733258.2634

e-mail: ufficio.stipendi@unimc.it

**Il personale contrattualizzato (PTA), una volta ottenuta l’attestazione della sussistenza dei presupposti di legge per l’utilizzo del mezzo proprio da parte del Responsabile della struttura, deve sottoporre la presente richiesta alla valutazione del Direttore generale che rilascerà la prescritta autorizzazione. (art. 7 comma 4 del Regolamento emanato con D.R. n. 204 del 9 giugno 2014).**

|  |
| --- |
| **in concomitanza con la missione per docenza Erasmus è stata svolta altra missione per attività istituzionale : si no** |
| **indicare il dipartimento che ha provveduto ad autorizzare l’incarico e a liquidare il rimborso** |

# Imputazione della spesa (1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget**  | **Voce di Costo** | **Cod. Siope** | **Progetto** |
| UA.A.AMM.ARINT | CA.04.43.18.01Missioni ed iscrizioni a convegni personale docente | SX.U.1.03.0202.001 | ARINT.ERA.23-24DOCENZA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Richiedente** |  | **Visto, si liquidi il Responsabile Amministrativo della Struttura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Luogo e data di compilazione:** |
| **Pervenuta all’Ufficio Mobilità Internazionale:**  |

(1) Obbligatorio

**VOCI DA INSERIRE NELLA RICHIESTA DI MISSIONE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUDGET** | **VOCE DI COSTO** | **SIOPE** | **DESCRIZIONE VOCE** | **STRUTTURE INTERESSATE** |
| UA.A.AMM.AAGGLL | CA.04.43.18.03 | SX.U.1.03.02.02.001 | Missioni e rimborsi spese degli organi istituzionali | AREA AFF. GENERALI |
| UA.A.AMM.AAGGLL | CA.04.46.04.03 | SX.U.1.03.02.02.001 | Rimborsi spese di trasferta ai Revisori dei Conti | AREA AFF. GENERALI |
| UA.A.AMM.AAGGLL | CA.04.46.04.05 | SX.U.1.03.02.02.001 | Rimborsi spese di trasferta ai componenti N.V.A. | AREA AFF. GENERALI |
| UA.A.AMM.ADOSS | CA.04.46.08.01.07 | SX.U.1.03.02.02.001 | Altri interventi a favore di studenti | AREA DIDATTICA |
| UA.A.AMM.ARIUM | CA.04.43.18.02 | SX.U.1.03.02.02.001 | Missioni e rimborsi spese di trasferta personale tecnico amministrativo | TUTTE LE STRUTTURE |
| UA.A.AMM.ARIUM | CA.04.43.18.15 | SX.U.1.03.02.02.001 | Formazione al personale | TUTTE LE STRUTTURE |
| UA.A.AMM.ARIUM | CA.04.46.07.01.07 | SX.U.1.03.02.02.001 | Missioni e quote iscrizione dottorandi e altri borsisti/studenti | AREA DIDATTICA / RICERCA |
|  |
| **PROGETTI (DI RICERCA / ATTIVITA' COMMERCIALE / ECC.)** |
| BUDGET DELLA STRUTTURA | VOCI INTERESSATE |  |  | STRUTTURE CHE GESTISCONO PROGETTI |