

INCARICO DI MISSIONE (modulo per personale non appartenente ai ruoli dell'Ateneo)
Regolamento Missioni di Ateneo emanato con Decreto Rettorale prot. n. 1039, rep. n. 44-2024, del 09/01/2024

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONFERISCE INCARICO DI MISSIONE A:

QUADRO A (compilazione a cura del soggetto incaricato)

nominativo
qualifica in servizio presso
residenza domicilio
località di missione..... località di partenza.....
finalità della missione
.....
data e ora inizio missione..... data e ora fine missione
a valere su fondi/progetto

MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI

- Ordinario
- Straordinario (da compilare anche nel caso di necessità di utilizzo per le tratte di andata e ritorno verso aeroporti, stazioni e porti – artt. 4 e 6 del Regolamento), da specificare fra i seguenti:
- TAXI NOLEGGIATO PROPRIO

Motivazione richiesta utilizzo mezzo straordinario (da documentare):

- Comprovabile convenienza economica
- Località di missione non servita da alcun mezzo di trasporto pubblico
- Particolari esigenze di servizio e/o necessità di raggiungere rapidamente il luogo di missione
- Trasporto apparecchiature e/o materiali ingombranti e/o delicati o quando le condizioni fisiche o di salute lo richiedano

In caso di utilizzo del mezzo proprio il/la titolare di incarico di missione solleva l'Ateneo da eventuali responsabilità civili e penali riconducibili all'uso improprio del mezzo, solleva altresì l'Ateneo da ogni responsabilità diretta o indiretta circa l'uso di tale mezzo e dichiara che il mezzo è coperto da polizza Responsabilità Civile Autoveicoli obbligatoria ai sensi di legge, valida per la circolazione sul territorio italiano e indica altresì:

tratta ;

previsione km da percorrere ; proprietario del veicolo ;

targa ;

guidatore/i..... ;

eventuali passeggeri/trasportati incaricati di missione

TRATTAMENTO MISSIONE (art. 6 del Regolamento): rimborso a piè di lista

QUANTIFICAZIONE COSTI PRESUNTI MISSIONE:

TIPOLOGIA COSTO	IMPORTO TOTALE
Spese di viaggio per il raggiungimento del luogo di missione (aereo, treno, nave)	
Trasporti durante la missione	
Alloggi	
Pasti	
Quote di iscrizione/partecipazione a Seminari/Convegni/Eventi	
Altro	
COSTO TOTALE PRESUNTO DELLA MISSIONE	

L'incaricato/a dichiara che:

- non fruisce di rimborsi e/o di servizi gratuiti da parte di terze parti;
- fruisce dei seguenti rimborsi e/o servizi gratuiti da parte di terze parti:
- la quota di iscrizione* a Seminari/Convegni/Eventi non comprende servizi di soggiorno e vitto
- la quota di iscrizione* a Seminari/Convegni/Eventi comprende i seguenti servizi:

* allegare iscrizione con programma

RICHIESTA ANTICIPAZIONE SPESE DI MISSIONE da presentare almeno 21 giorni prima della data di inizio della missione, salvo casi eccezionali di urgenza (art. 9 del Regolamento): NO SÌ

- acquisti direttamente effettuati dall'Ateneo: NO SÌ €

MISSIONI IN ITALIA:

- 50% del costo totale presunto al netto delle spese per viaggio e soggiorno direttamente sostenute dall'Ateneo: €

MISSIONI ALL'ESTERO:

- nel caso di richiesta di "quota di rimborso" l'anticipo è pari al 50% della somma di spettanza (tab. D) e, in aggiunta, le spese di viaggio direttamente sostenute dall'incaricato: €

- nel caso di rimborso delle spese "a piè di lista" l'anticipo è pari al costo totale delle spese di viaggio e soggiorno direttamente sostenute dall'incaricato: €

QUADRO B

AUTORIZZAZIONE (compilazione a cura degli Uffici Amministrativi)

- CONSIDERATO CHE IL COSTO DELLA MISSIONE GRAVERÀ SUL CONTO.....
DEL PROGETTO CON CODICE UGOV

- CONSTATATA ALTRESÌ L'IMPOSSIBILITÀ DI OTTENERE LA DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL "VISTO A PARTIRE"
DAL LUOGO DI MISSIONE SI ESONERA IL TITOLARE DI INCARICO DI MISSIONE DA TALE OBBLIGO

SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA MISSIONE

VISTO SI AUTORIZZA: Il/la titolare dei fondi (.....)
nome cognome **firma**

IL RETTORE/IL DIRETTORE GENERALE/IL DIRETTORE
firma

DATA

L'INCARICATO/A
firma

QUADRO C

DA COMPILARE SOLO DA PARTE DI PERSONALE ESTERNO ALL'ATENEO

COGNOME NOME DATA DI NASCITA/...../.....

LUOGO DI NASCITA CODICE FISCALE PARTITA IVA

RESIDENZA VIA/P.ZZA

LOCALITÀ CAP PROV.

DOMICILIO FISCALE (VIA/P.ZZA) LOCALITÀ

CAP PROVINCIA CITTADINANZA

TELEFONO E-MAIL

ENTE DI APPARTENENZA C.F./P.IVA ENTE DI APPARTENENZA

INDIRIZZO ENTE CITTÀ CAP

QUALIFICA

ALiquota IRPEF %

EVENTUALE CASSA PREVIDENZIALE REGIMI AGEVOLATI

MODALITA' DI PAGAMENTO

BANCA

VIA/P.ZZACITTÀ CAP

AGENZIA

BIC/SWIFT IBAN

CASSA/SPOTELLO PRESSO TESORERIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ROMA TRE

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di impegnarsi a realizzare tutti gli adempimenti necessari e richiesti dagli Uffici dell'Università degli Studi di Roma Tre;
- di essere a conoscenza del Regolamento Missioni dell'Università degli Studi Roma Tre e del relativo trattamento economico spettante per gli incarichi di missione;
- di aver preso visione dell'informativa dell'Università degli Studi di Roma Tre relativa al trattamento dei miei dati personali pubblica [ta sul sito: https://www.uniroma3.it/wp-content/uploads/file_locked/2019/07/Informativa_Personale.pdf](https://www.uniroma3.it/wp-content/uploads/file_locked/2019/07/Informativa_Personale.pdf)

In merito a quanto sopra consento al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sensibili, secondo le modalità e le finalità indicate.

DATA
.....
firma

Il sottoscritto, consapevole che – ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 – le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali, dichiara che le informazioni rispondono a verità.

DATA
.....
firma