



Università degli Studi di Pavia

Servizio Gestione Trattamento Economico e Previdenziale
Via Mentana, 4 – 27100 Pavia – tel. 0382/984245-984183-984246

INCARICO DI MISSIONE

▫ **Dipartimento** ▫ **Centro** ▫ **Ufficio** _____

Cognome e Nome _____

in servizio presso (solo per il personale dell'Università) _____

Appartenente alla categoria:

- personale dipendente dall'Università con qualifica _____
- personale assimilato (co.co.co., docenti a contratto, dottorandi, assegnisti, specializzandi, borsisti) _____
- personale dipendente di altre PP.AA. con la qualifica _____
- altro soggetto _____
- libero professionista

Codice Fiscale _____ (per il personale estraneo allegare copia)

Luogo e Data di nascita _____

Residenza _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

Datore di Lavoro e suo domicilio fiscale (solo per il personale estraneo) _____

Missione a _____ dal _____ al _____

Oggetto: _____

Data _____

Firma di chi dispone l'incarico

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

AUTORIZZAZIONE

La missione è congruente con la finalità del fondo di seguito indicato, valutato che esistono i fondi sufficienti al pagamento sulla voce A.C. / progetto _____

Il dipendente incaricato non ha in atto aspettative

Data _____

IL TITOLARE DEI FONDI

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

UTILIZZO MEZZI DI TRASPORTO STRAORDINARI

Il sottoscritto _____
dovendosi recare in missione a _____
nel periodo dal _____ al _____

CHIEDE

- di essere autorizzato all'uso del seguente mezzo di trasporto straordinario (barrare la casella interessata), dichiarando fin d'ora di esonerare l'Amministrazione Universitaria da ogni responsabilità circa l'uso del mezzo stesso:

Autovettura di proprietà: modello _____ targa _____

La copertura assicurativa, dovuta ai sensi dell'art. 8, DPR 319/90, è garantita da apposita polizza n. _____ stipulata presso la Compagnia _____

Auto a noleggio

Taxi

per le seguenti motivazioni di carattere eccezionale (barrare la casella interessata):

convenienza economica rispetto all'utilizzo dei mezzi ordinari (allega a tal fine prospetto comparativo dei costi da cui si rileva la convenienza stessa)

mancanza di mezzi ordinari; sciopero del mezzo ordinario; ritardo tale da non consentire in altro modo il raggiungimento della destinazione programmata (specificare) _____

quando vi sia una particolare esigenza di servizio o la necessità dichiarata di raggiungere rapidamente il luogo di missione (motivare e allegare certificazione del Responsabile)

trasporto di materiali e/o strumenti delicati e/o ingombranti, indispensabili per il disimpegno del servizio (specificare) _____

mancanza di collegamenti ferroviari fra il centro urbano e le stazioni, gli aeroporti di partenza e arrivo, il centro urbano e viceversa, e/o in caso di urgenze (specificare) _____

- di essere autorizzato all'uso del parcheggio presso l'aeroporto per i seguenti motivi (motivare adeguatamente):

Data _____

IL RICHIEDENTE

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

RIMBORSO SPESE DI MISSIONE

Il sottoscritto _____

con sede dell'ufficio in _____

Titolare di carta di credito aziendale NO SI

DICHIARA

di aver compiuto la seguente missione con inizio del viaggio e con ritorno in Sede come di seguito indicato e chiede il rimborso delle spese sostenute.

Missione a _____

Inizio missione: data _____ ora _____ Fine missione: data _____ ora _____

Spese Albergo _____ Spese Pasti _____

Treno _____ Prenotazione/supplementi _____

Aereo _____ Nave _____

Pullman/Autobus _____ Metropolitana _____

Pedaggio Autostradale _____ Km percorsi con auto propria _____

Taxi _____ Parcheggio _____

Iscrizione Congresso _____ Altro (specificare) _____

Richiesta del trattamento alternativo per missione all'estero NO SI perché più economico

Importo anticipo ricevuto NO SI (specificare) _____

Importi pagati direttamente dall'Amministrazione o Struttura NO SI (specificare) _____

Importi pagati con carta di credito aziendale NO SI (specificare spese) _____

Modalità di pagamento per il personale estraneo:

Banca/Posta _____

Indirizzo _____

IBAN (27 caratteri alfanumerici)

I	T																														
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allega n. _____ giustificativi in originale dei pagamenti effettuati

Data _____ IL RICHIEDENTE _____

N.B. Allegare in busta chiusa alla presente le pezze giustificative in originale