



UNIVERSITA' DEL SALENTO
DIPARTIMENTO di SCIENZE UMANE E SOCIALI

Lecce, _____

Al Direttore del Dipartimento

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

Richiedente Qualifica.....

Durata gg data inizio Missione Data termine Missione.....

Località Mezzo di trasporto utilizzato

Finalità della Missione

- Se si prevedono colloqui scientifici, il loro argomento sarà

- Se si riferiscono alla ricerca

Altre informazioni

Spesa complessiva presunta: Euro

Chiede separatamente un'anticipazione della missione e allega modulo "richiesta anticipo per missione"

Fondi su cui imputare la spesa:

RICERCA DI BASE

PRIN

ALTRO _____
(indicare)

Dichiara che la missione è compatibile con l'attività didattica e la congruità tra l'oggetto della stessa e le finalità di ricerca per cui i fondi sono stanziati e nell'interesse esclusivo dell'Università

Chiede l'autorizzazione in deroga al limite finanziario spese per missioni al personale - ex art. 6, c. 12 D.L. 78 31 maggio

2010 conv. in Legge n. 122/10 per i seguenti motivi: _____

(dettagliare)

Il Titolare dei fondi e/o Tutor

Il Richiedente

Visto, si autorizza:
Il Direttore del Dipartimento

AUTORIZZAZIONE VARIAZIONI

Si autorizzano in data..... le seguenti variazioni:

nuova data inizio nuova data terminealtre località

Lecce,

IL DIRETTORE



UNIVERSITA' DEL SALENTO

DIPARTIMENTO di SCIENZE UMANE E SOCIALI

RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE E COMUNICAZIONI

Il sottoscritto _____ **Qualifica** _____

(obbligatorio per il personale esterno)

Codice fiscale _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

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

Tel. _____ 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 _____ **del** _____

Inizio missione: Data _____ **Ora** _____ **Fine missione: Data** _____ **Ora** _____

Il sottoscritto **dichiara** di: non avere avuto un anticipo
 avere avuto un anticipo di € _____
 non avere chiesto rimborso delle spese a terzi e si impegna a non richiederlo.

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 per gli emolumenti stipendiali.

Altre comunicazioni: _____

Il Richiedente

IL DIRETTORE



UNIVERSITA' DEL SALENTO

DIPARTIMENTO di SCIENZE UMANE E SOCIALI

Elenco riepilogativo delle spese presentate per il rimborso in relazione alla Missione/Conferenza

Effettuata a : _____ il _____ PROT _____

CAUSALE (specificare:treno,albergo,pasto,ecc,)/intestazione	n. doc.	Data	Importo altra valuta	Importo	Tot. € /giorno
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
TOTALE €					

Il Richiedente

IL DIRETTORE