



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

## RICHIESTA DI INCARICO DI MISSIONE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE LA MISSIONE A \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

OGGETTO DELLA MISSIONE \_\_\_\_\_

### MEZZI ORDINARI DI VIAGGIO

TRENO     AEREO     NAVE     PULLMAN/CORRIERA     AUTO DI SERVIZIO

### MEZZI STRAORDINARI DI VIAGGIO E DI TRASPORTO

**Il sottoscritto chiede l'autorizzazione all'uso di uno dei seguenti mezzi straordinari:**

TAXI                       AUTO PROPRIA\*                       AUTO A NOLEGGIO

\*In caso di utilizzo dell'**auto propria**, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara altresì:

- di appartenere al personale contrattualizzato di cui al D. Lgs. 165/2011 **con** funzioni istituzionali di carattere ispettivo, di vigilanza e controllo e che la missione è attinente all'esercizio di tali funzioni
- di appartenere al personale contrattualizzato di cui al D. lgs. 165/2001 **senza** funzioni istituzionali di carattere ispettivo, di vigilanza e controllo (**solo per missioni fuori dalla circoscrizione provinciale; in tal caso la presente autorizzazione vale ai soli fini assicurativi e non comporta il diritto al rimborso delle spese**)

Itinerario \_\_\_\_\_ Km totali percorsi A/R \_\_\_\_\_

Tipo vettura \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Il sottoscritto solleva l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta circa l'uso di tale mezzo.



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

### MEZZI STRAORDINARI DI VIAGGIO E DI TRASPORTO

E' obbligatoria la compilazione pena il mancato rimborso delle relative spese

<b>Viaggio (auto propria o a noleggio)</b>	<b>Trasporto nella sede di servizio (taxi o auto a noleggio)</b>	<b>Trasporto nel luogo di missione (taxi o auto a noleggio)</b>
<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto	<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto	<input type="checkbox"/> sciopero dei mezzi ordinari di trasporto
<input type="checkbox"/> il luogo della missione non è servito da mezzi ordinari di linea	<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti	<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti
<input type="checkbox"/> convenienza economica per l'Università di Bologna	<input type="checkbox"/> utilizzo nella fascia oraria dalle ore 21.00 alle ore 7.00	<input type="checkbox"/> utilizzo nella fascia oraria dalle ore 21.00 alle ore 7.00
<input type="checkbox"/> particolari esigenze di servizio e/o necessità di raggiungere il luogo o di rientrare al più presto in sede per motivi istituzionali	<input type="checkbox"/> difficoltà a deambulare debitamente certificata	<input type="checkbox"/> difficoltà a deambulare debitamente certificata
<input type="checkbox"/> trasporto di materiali e/o strumenti delicati o ingombranti	<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze di servizio	<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze di servizio
<input type="checkbox"/> incompatibilità di orario dei mezzi ordinari di trasporto con le esigenze dell'attività oggetto della missione		<input type="checkbox"/> nel caso di missioni all'estero per motivi di sicurezza del paese di destinazione

EVENTUALI NOTE

---

---

---

---



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

## MISSIONI ALL'ESTERO

Il sottoscritto opta per la seguente modalità di rimborso delle spese:

- RIMBORSO DOCUMENTATO** (con presentazione dei documenti di spesa in originale)
- TRATTAMENTO ALTERNATIVO** (solo per missioni all'estero, superiori a un giorno, incluso il tempo del viaggio)

Data \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

---

### Vista la richiesta si autorizza la missione sui seguenti fondi:

F.S. \_\_\_\_\_ PRENOT/IMPEGNO N \_\_\_\_\_ CDR \_\_\_\_\_

PROGETTO \_\_\_\_\_

Verificata altresì la sussistenza dei presupposti all'utilizzo dell'auto propria (ove richiesto), si autorizza la copertura assicurativa sui seguenti fondi:

F.S. \_\_\_\_\_ PRENOT/IMPEGNO N \_\_\_\_\_ CDR \_\_\_\_\_

Il Titolare dei fondi di progetto\*\*

Il Responsabile della Struttura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* La firma è richiesta solo in caso di missioni che gravano su fondi di progetto finalizzati