**RICHIESTA TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE DOTTORANDI**

(Art. 26 del D.R. n. 681 del 07/03/2007 - Regolamento di Ateneo per le missioni di servizio)

Al: dott. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe stipendiale /livello funzionale: dottorando

codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Denominazione Banca** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- **IBAN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sede di Lavoro: Dip. di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate

in relazione all’incarico di missione conferitogli in data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** per i giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sotto la propria responsabilità:

**D I C H I A R A**

* di aver regolarmente preso parte agli eventi così come descritti nella richiesta di autorizzazione di incarico di missione e come attestati dalla documentazione allegata;
* che la missione è stata necessaria e rilevante nell’interesse dello sviluppo dell’attività scientifica, in essere presso il Dip. Di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate;
* che il viaggio (spostamenti principali) si è svolto come segue:

|  |
| --- |
| **VIAGGIO DI ANDATA**  |
| DI ESSERE PARTITO DA | DATA E ORA DI PARTENZA | DI ESSERE ARRIVATO A | DATA E ORA DI ARRIVO |
|  |  |  |  |
| **VIAGGIO DI RITORNO**  |
| DI ESSERE PARTITO DA | DATA E ORA DI PARTENZA | DI ESSERE ARRIVATO A | DATA E ORA DI ARRIVO |
|  |  |  |  |

* **di aver percorso con il proprio mezzo di trasporto Km n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* che la struttura alberghiera all’estero corrisponde alla categoria ===
* di aver ricevuto un anticipo di missione pari ad € **\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_**

**C H I E D E**

* la corresponsione del trattamento economico previsto dal vigente Regolamento in materia di missioni di servizio con la seguente modalità di pagamento: Bonifico Bancario – Codice IBAN come da anagrafica applicativo EASY per accredito stipendio.

|  |
| --- |
| Elenco documentazione presentata in originale |
| Attestato di Partecipazione al Congresso  |  |
| Fattura Hotel  |  |
| Ricevuta attestato di transito autostrade |  |
| Biglietti trasporto su treno |  |
| Biglietti Aerei |  |
| Ricevute pagamento vitto c/o ristoranti /bar |  |
| Ricevute pagamento pedaggio  |  |

**Data di consegna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma dell’interessato**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’

(art. 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

#

 \_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di **dottorado** presso l’Università degli Studi della Campania *Luigi Vanvitelli*, consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali richiamate dall’ art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 455;

DICHIARA

Di aver espletato la propria attività fuori della sede dell’Università degli Studi della Campania *Luigi Vanvitelli* e nell’interesse della stessa, partecipando al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con funzioni che sono direttamente connesse allo sviluppo dell’attività di Ricerca Scientifica in essere presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, in conformità al ruolo istituzionale ricoperto dallo scrivente, tenutosi a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ne\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Napoli, li **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (leggibile e di proprio pugno)

Informativa ai sensi dell’art. 10 della Legge 675/96 e successive modificazioni e integrazioni.

 I dati personali oggetto della presente dichiarazione saranno trattati dall’Università degli Studi della Campania *Luigi Vanvitelli* nel rispetto della Legge 675/96 e per l’assolvimento delle funzioni istituzionali dell’Amministrazione medesime. Il dichiarante, in qualità di interessato all’anzidetto trattamento, può esercitare i diritti sanciti dall’ art. 13 della Legge 675/96.

**LIQUIDAZIONE TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE**

(parte riservata alla Segreteria Amministrativa)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SPESE DITRASPORTO | SPESA**RIMBORSABILE** | ALTRE SPESE | SPESARIMBORSABILE |
| AEREO | €  | PERNOTTAMENTO | €  |
| TRENO  | €  | VITTO  | €  |
| NAVE  | € | ASSICURAZIONE | € |
| AUTOBUS | €  | RIMBORSO FORFETTARIOVITTO E PERNOTTAMENTO | € |
| PEDAGGI | €  | TRASPORTI URBANI  | € |
| CARBURANTE | €  | MEZZI A NOLEGGIO | € |
| TAXI\* | €  | ISCRIZIONE CONGRESSO | € |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TOTALE  | €  |
| Note: -\* Verificato limite massimo di Euro 80,00 per singola missione; - Verificato limite massimo giornaliero di rimborso per la consumazione di singolo pasto. |

|  |
| --- |
| Da compilare in caso di autorizzazione all’uso dell’automezzo privato o a noleggio |
| **Indennità Chilometrica** | km n. \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Costo per Km. € \_\_\_\_**  | **Totale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| Indennità di trasferta all’estero | Gruppo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Importo Netto € **\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_**  | Importo Lordo € **\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_**  |
| Diaria N. \_\_\_\_\_\_\_  a € **\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_** | Oraria N. \_\_\_\_\_\_  a € **\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_** |
|  TOTALE | € \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TOTALE SPESE RIMBORSABILI | ANTICIPO PERCEPITO | NETTO DA RIMBORSARE |
| €  | € 0,00 |  **€**  |
| Mandato n° del |
| Imputazione della spesa: UPB: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |