

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE DOTTORANDI

Nominativo _____ C.F. _____

Qualifica _____ In servizio c/o _____

Data inizio missione _____ Data termine missione _____ Località della missione _____

Mezzo di trasporto usato _____ Finalità della missione _____

DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI

Il sottoscritto è a conoscenza che la mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria del Dipartimento di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima della suddetta data e, comunque prima dell'inizio della missione, nonché il mancato invio, al termine di essa della domanda di liquidazione anche in caso non di richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l'Amministrazione universitaria per le quote assicurative da essa pagate a mio conto.

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi _____ **CICLO** _____

di cui è titolare _____

Caserta, li _____

Firma del COORDINATORE

Firma di chi effettua la missione

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ chiede di essere autorizzato all'utilizzo del mezzo proprio perché:

- La missione non può essere espletata con i mezzi pubblici di trasporto in quanto la località è difficilmente raggiungibile;
- Sussiste un'evidente economicità connessa al numero dei partecipanti (specificare il n° _____)
- Altri motivi, (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara di sollevare l'Università da ogni responsabilità derivante dall'uso dell'auto privata, di proprietà di

_____ specificare: modello _____ e targa _____

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ dichiara altresì che, con riferimento alla missione di cui sopra, non godrà di ulteriori finanziamenti.

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO