



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

Autorizzazione Missione

A) Richiesta

Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica _____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

Collaboratore del Prof. _____

Lab. _____ Cell. _____

CHIEDE autorizzazione a compiere la seguente missione:

Località : _____ (____)

Scopo : _____

raggiungibile in 90 minuti con il mezzo di linea più veloce: ☐ SI - ☐ NO

obbligo rientro giornaliero (1): ☐ SI - ☐ NO

(in caso di risposta negativa, scrivere le motivazioni : _____)

La durata della missione, da effettuarsi a mezzo _____

è prevista in giorni _____ compreso il viaggio che avrà inizio il giorno ____ / ____ / _____

alle ore _____ .

Motivazioni per l'uso di mezzi diversi da ferrovia ordinaria : _____

La spesa deve essere imputata al fondo: _____ ,

intestato a _____ .

B) Mezzo Proprio

Il/La sottoscritto/a dichiara che effettuerà il viaggio relativo alla missione di cui sopra utilizzando la propria autovettura: *Marca* _____ *Targa* _____

(1) Quando lo scopo della missione lo consenta e la località di missione sia raggiungibile in 90 minuti (in caso di impossibilità di rientro specificare le motivazioni).



Motivazione : _____
_____.

Solleva, altresì, l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità circa l'uso del mezzo stesso, come da "Regolamento Decreto Rettorale n. 131/2015 – art. 7 comma 4 lett. b)".

Chiede che gli venga riconosciuto un rimborso, entro i limiti delle spese del trasporto pubblico, pari a € _____, in relazione alla tratta per lo svolgimento della missione (**si allegano copie delle tariffe inerenti**).

C) Taxi

Il/La sottoscritto/a chiede il rimborso della spesa di € _____ sostenuta per l'uso del taxi utilizzato il/i giorno/i _____ / (mese) _____ a _____ in occasione della missione di cui sopra.

L'utilizzo del taxi si è reso necessario per motivi di servizio.

Novara, li _____

Firma

Il Responsabile del Fondo
Prof.

VISTO, SI AUTORIZZA
Il Direttore
