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*".

(a cura del Direttore di Dipartimento)

☐ Ricorrendo i requisiti dell'esigenza di servizio e/o dell'accertata convenienza economica, previsti dal "*Regolamento Decreto Rettorale n. 131/2015*", si autorizza l'uso del mezzo proprio.

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, lì _____

Firma

Il Responsabile del Fondo
Prof.

_____ _____

VISTO, SI AUTORIZZA
Il Direttore

_____