



Trieste, \_\_\_\_\_

Oggetto: **AUTORIZZAZIONE MISSIONE DOTTORANDI (mod.A)**

Il/La Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

frequentante il Corso di Dottorato ESFM - CICLO: \_\_\_\_\_ Anno frequenza: \_\_\_\_\_

chiede l'autorizzazione a compiere la seguente missione:

LUOGO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

Inoltre, chiede:

- ANTICIPO sulla base delle SPESE previste (almeno 30 gg prima della partenza; solo viaggio e pernottamento);
- AUTORIZZAZIONE eventuale USO MEZZI TRASPORTO STRAORDINARI (taxi, mezzi noleggiati, aerei charter, trasporti a fune), per il seguente motivo: \_\_\_\_\_
- AUTORIZZAZIONE MEZZO PROPRIO con autovettura \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Itinerario \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

- a) economicamente più conveniente rispetto ai mezzi di trasporto ordinari (raffrontare con le spese globali da sostenere)
- b) luogo non servito da ferrovia né da altri mezzi ordinari di linea
- c) particolare situazione di necessità di raggiungere rapidamente il luogo della missione (presentare documentazione o dichiarazione circostanziata)
- d) trasporto materiali e strumenti delicati e/o ingombranti, fatte salve eventuali coperture assicurative.

Il sottoscritto solleva il Dipartimento da qualsiasi responsabilità per eventuali incidenti che possono verificarsi "in itinere"; (non si procederà al rimborso in caso di mezzo proprio richiesta a sanatoria)

AUTORIZZAZIONE all'utilizzo del MEZZO del DIPARTIMENTO: \_\_\_\_\_

**SPESE PREVISTE:**

viaggio: € \_\_\_\_\_

albergo: € \_\_\_\_\_

pasti: € \_\_\_\_\_

iscrizione: € \_\_\_\_\_

**TOTALE SPESE PRESUNTE: € \_\_\_\_\_**

LIQUIDAZIONE SPESA SUL PROGETTO: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente: \_\_\_\_\_

Il Supervisore del Dottorando: \_\_\_\_\_

Il Coordinatore del Dottorato: \_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento: \_\_\_\_\_



Oggetto: **RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE DOTTORANDI (mod.B)**

Il/La Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

frequentante il Corso di Dottorato ESFM - CICLO: \_\_\_\_\_ Anno frequenza: \_\_\_\_\_

dichiara che in data \_\_\_\_\_ ha effettuato una missione a  
\_\_\_\_\_ con il seguente motivo:

GIORNO DI PARTENZA \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

GIORNO DI RIENTRO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

Attraversamento della frontiera italiana (per missioni estere)

ANDATA GIORNO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

RITORNO GIORNO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

**SPESE SOSTENUTE:**

ALBERGO: N. \_\_\_\_ PERNOTTAMENTI € \_\_\_\_\_

BIGLIETTO AEREO: ITINERARIO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

TRASFERIMENTO AEREOPORTO: € \_\_\_\_\_

BIGLIETTO TRENO: ITINERARIO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

MEZZO PROPRIO: ITINERARIO \_\_\_\_\_ KM \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Altri allegati (specificare): \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Ai fini della liquidazione della presente missione dichiara inoltre:

- di aver ricevuto un'anticipazione di € \_\_\_\_\_
- di aver usufruito dei seguenti servizi gratuiti/offerti \_\_\_\_\_
- di richiedere il rimborso di € \_\_\_\_\_ per le eventuali spese non documentali  
(importo massimo giornaliero €15,49 per missione italiana e € 25,82 per missione estera)
- di non avere aspettative o congedi in atto
- di non percepire per lo stesso titolo somme da Altri Enti.

Trieste, \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente: \_\_\_\_\_