



Esami di stato di abilitazione professionale

MOD. VM/EST
n. miss./anno
___/___

INCARICO DI MISSIONE ED AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE SPESE SOSTENUTE
(secondo il Regolamento per le Missioni)

Si incarica _____

C.F. _____ qualifica _____

a compiere la missione a _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per (specificare lo scopo per il quale si compie la missione)

.....
.....
.....

- Si raccomanda di compilare e sottoscrivere le seguenti sezioni del foglio, al fine di poter procedere al pagamento delle spettanze dovute.

AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE LA MISSIONE

Sezione A

Per il compimento della missione saranno utilizzati i seguenti mezzi di trasporto:

- Treno Autobus Traghetto Altro
- Aereo Nave Auto di servizio

Mezzo proprio. In caso di utilizzo del mezzo proprio, si raccomanda di inviare preventivamente all'ufficio di competenza copia firmata dell'autorizzazione (**Modello AP**) reperibile sul sito www.univr.it/missioni/. In mancanza di tale dichiarazione, l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio si intende negata.

Data ___/___/___ **Firma dell'interessato**

La spesa trova imputazione sul seguente capitolo di bilancio di cui è constatata la disponibilità:

Bilancio |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| CdR _____

Progetto _____

Data ___/___/___

L'Ufficio Missioni – Università degli Studi di Verona

.....



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE SPESE SOSTENUTE

Sezione B.1

DATA	PARTENZA DA	ORE	ARRIVO SEDE ESAME*	ORE
	PARTENZA DA SEDE ESAME	ORE	ARRIVO A	ORE
DATA	PARTENZA DA	ORE	ARRIVO SEDE ESAME*	ORE
	PARTENZA DA SEDE ESAME	ORE	ARRIVO A	ORE
DATA	PARTENZA DA	ORE	ARRIVO SEDE ESAME*	ORE
	PARTENZA DA SEDE ESAME	ORE	ARRIVO A	ORE
DATA	PARTENZA DA	ORE	ARRIVO SEDE ESAME*	ORE
	PARTENZA DA SEDE ESAME	ORE	ARRIVO A	ORE
DATA	PARTENZA DA	ORE	ARRIVO SEDE ESAME*	ORE
	PARTENZA DA SEDE ESAME	ORE	ARRIVO A	ORE

* Indicare l'aula o lo studio o il palazzo

FIRMA (di chi ha effettuato la missione)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Sezione B.2

Si consegnano in allegato i seguenti documenti in originale.

Doc. di viaggio n° ___

Fatt. albergo n° ___

Fattura/scontrino. pasto n° ___

DATA	IMPORTO**	DATA	IMPORTO

DATA	IMPORTO**	DATA	IMPORTO

DATA	IMPORTO**	DATA	IMPORTO

TOT Periodo _____

TOT. Periodo _____

TOT. Periodo _____

** Indicare il totale della giornata

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità di (si prega di cancellare l'ipotesi che non interessa):
avere / non avere ricevuto alloggio / vitto gratuito
non percepire per lo stesso titolo somme da altri enti
non avere aspettative o congedi in atto

FIRMA (di chi ha effettuato la missione)

Il sottoscritto prende atto che il D. Lgs. 30/06/03 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo il decreto legislativo indicato, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 del suddetto decreto la informiamo che il trattamento che intendiamo effettuare:

a) ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a Suo favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente; b) sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate; c) i dati in possesso dell'Università potranno essere forniti ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge

S'IMPEGNA

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora Università di Verona da ogni responsabilità in merito

Verona,

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....