



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CASSINO E DEL LAZIO MERIDIONALE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE, SOCIALI E DELLA SALUTE

Sede: Campus Folcara – 03043 CASSINO (FR) –

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE DOTTORANDI
Al Direttore del Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute Sede

Nominativo C.F.

Dottorando c/o Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute

iscritto/a al I II III anno (*barrare*) ciclo _____

Località Missione Estero Italia

Finalità

Data inizio missione ore Data termine missione ore

Mezzo di trasporto **ordinario**: aereo treno nave bus taxi urbano

Mezzo di trasporto **straordinario**: mezzo proprio autonoleggio taxi extraurbano

(I mezzi di trasporto straordinari sono da intendersi esclusivamente come mezzi di trasporto integrativi e/o sostitutivi dei mezzi di trasporto ordinari, da utilizzarsi in caso di motivata necessità e/o di convenienza economica rispetto ai mezzi di trasporto ordinari. L'uso di tali mezzi è subordinato alla preventiva autorizzazione).

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE USO DEL MEZZO STRAORDINARIO: SI NO

MEZZO PROPRIO autovettura tipo Targa **AUTONOLEGGIO** **TAXI**

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che il mezzo straordinario è richiesto per i seguenti motivi:

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che il mezzo straordinario è richiesto per i seguenti motivi:

- **MOTIVATA NECESSITÀ**
- **CONVENIENZA ECONOMICA¹**

DICHIARAZIONE ESONERO RESPONSABILITÀ PER L'USO DEL MEZZO PROPRIO:

Il sottoscritto dichiara che il mezzo di trasporto è in regola e conforme alla normativa del Codice della Strada e solleva l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità circa l'uso del mezzo stesso.

Le spese della missione, previste per euro graveranno sui fondi 10% di cui è titolare.

RICHIESTA ANTICIPAZIONE (solo per missioni superiori a 5 giorni e di importo superiore a € 1.000,00) SI NO

Ai fini del calcolo dell'anticipazione, si dichiarano le seguenti spese:

Viaggio	Alloggio	Vitto	Quota iscrizione
---------	----------	-------	------------------

Cassino, (firma del Dottorando) _____

Si dichiara che il periodo di missione indicato costituisce adempimento di attività proprie del dottorato e rientra negli obblighi di frequenza previsti dalla legge.

(firma del Supervisore) _____

Si dichiara che la presente missione è stata (solo per missioni di durata superiore a 29 giorni):

autorizzata dal Collegio dei docenti, nella seduta del _____

sarà portata a ratifica nella prossima seduta del Collegio dei docenti

Cassino, (firma del Coordinatore del Corso) _____

(Verifica fondi Responsabile Amm.vo)



(Autorizzazione del Direttore)