



**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 ECONOMICA<sup>1</sup>**.....

**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:

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)