Alla Direttrice del Dipartimento

*Sede*

**Oggetto**: Autorizzazione missione.

Il/La sottoscritt… \_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_ presso questo Dipartimento

CHIEDE

di essere autorizzat…, ai sensi degli artt. 3 e 4 del Regolamento missioni Unior, a recarsi in missione, a recarsi in missione a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la missione avrà inizio il giorno \_\_\_\_\_\_\_ e terminerà il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(compreso viaggio)*;

Modalità di trasporto:

* Treno o autobus urbano
* Aereo
* Taxi *(motivare)*
* Richiesta mezzo privato *(compilare apposito modulo)*

|  |
| --- |
| Descrizione dettagliata degli obiettivi specifici della missione (max 1500 caratteri): |

Il preventivo di massima delle spese è di € , così ripartite:

|  |
| --- |
| Preventivo spese di viaggio:  Preventivo spese di soggiorno:  Altre spese preventivate (precisare): |

**Il fondo su cui graverà la spesa è** *(ambito:**Dipartimento/Progetto/Convenzione/altro*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt… dichiara che l’assenza non incide sull’attività didattica.

**Per le missioni all’estero** **è facoltativa** la stipula della polizza assicurativa *(vedi allegato seguente)*.

|  |  |
| --- | --- |
| Napoli, | Richiedente |
| Visto: Si autorizza  **la Direttrice del Dipartimento** | Responsabile Scientifico della Ricerca |

*allegato*

**Polizza Assicurativa**

Nel caso se ne voglia usufruire, indicare:

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ambito (*Fondi di Dipartimento/Progetto/Convenzione/altro*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inizio e fine attività ai fini assicurativi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Garanzie assicurative *(si possono scegliere anche tutte e tre)*  □ RCT - □ INF - □ RSM

RCT *Responsabilità conto terzi*

INF *Infortuni*

RSM *Rimborsi spese mediche per soggetti in mobilità internazionale*

Stipendialità annua: *valore CUD al 31 dicembre dell’anno precedente*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_