Al Direttore del Dipartimento di

Medicina Clinica e Molecolare

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE DOTTORANDI**

Io sottoscritto/a *(cognome e nome)* …………………………………………………………………………………

iscritto/a al corso Dottorato di ricerca ………………………………………………………………………………………

ciclo ………………….Residente a …………………………………………(provincia………….) in via …………………

……………………………………………….n°…………………. cap ……………….

Telefono …………………………………………..… E-mail …….……………………………………………………

**CHIEDO**

di essere autorizzato/a a svolgere una missione dal giorno ………………………. al giorno ………………..

in località…………………………………………..per il seguente motivo [*specificare la finalità istituzionale della missione fornendo più dettagli possibili] …………………………………………………………………………….*

*…………………………………………………………………………………………………………………………….*

con i seguenti mezzi di trasporto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **mezzi ordinari** |  | **mezzi straordinari** |
|  | treno |  | mezzo proprio |
|  | aereo |  | mezzo noleggiato |
|  | autobus  |  | taxi (art.11 c. 6 ) |
|  | mezzo marittimo |  |  |
|  | taxi – auto propria (art.11 c.4 lett.d),e), f)[[1]](#footnote-1)\*[[2]](#footnote-2) |  |  |

**AUTORIZZAZIONE ALL’USO DI MEZZI STRAORDINARI** (mezzo proprio – taxi – auto a noleggio)

In riferimento all’uso del mezzo straordinario, dichiaro che esso si rende necessario per il seguente motivo:

 trasporto di oggetti o materiali fragili o ingombranti

 mancanza totale di mezzi di trasporto per il raggiungimento del luogo di missione;

convenienza economica (*deve essere comprovata da una tabella di comparazione, dettagliata e documentata, da cui si evinca l’economicità dell’uso di tale mezzo*)

la località di missione non è servita da mezzi di trasporto ordinari o i loro orari sono inconciliabili con lo svolgimento della missione;

 sciopero (*comprovato*) dei mezzi pubblici;

necessità di raggiungere la località di missione e/o rientrare in sede con urgenza per motivi di servizio (*devono essere comprovati*);

 la missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi

Dichiaro inoltre di assumermi la responsabilità di provvedere alla copertura assicurativa per l’utilizzo del mezzo proprio mediante la compilazione del modulo on-line presente alla pagina web <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScqDnGVKNGf4SS4h8tLYmHJMLDhRXdFrxZqyydny9EXtPWv0w/viewform> **non oltre 24 ore prima della partenza**

(*Una copia del modulo di richiesta dovrà essere inviata a* *segreteriadmcm@uniroma1.it*)

Data Firma del Richiedente

……………………………. …………………………………………….

 **Si autorizza**

**Il Tutor ………………………………… Il Coordinatore Prof.**  ……………………………..

*(nome e cognome in stampatello)*

Firma del Tutor ………………………….. Firma del Coordinatore……………..………………….

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**PARTE RISERVATA AL TITOLARE DEI FONDI**

Si autorizza il dott./la dott.ssa……………………………………………………………..iscritto/a al …………..anno del dottorato di ricerca ……………………………………………………………………………………….. ciclo …………… a partecipare al congresso/convegno…………………………………………………..……………

che si terrà a …………………………………………. dal …………………al …………

La spesa della missione graverà sui fondi del progetto ………………………………………………….. di cui è responsabile il/la prof. ……………………………………….

**Firma de Titolare dei Fondi** …..….………….…………………

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Si autorizza** **Si autorizza (per gli aspetti contabili ed amministrativi)**

**Il Direttore del Dipartimento Il Responsabile Amministrativo Delegato**

Prof. Giorgio Sesti Dott. Enrico Mattei

Firma …………………………………………… Firma ……………………………………………….

1. Regolamento missioni di Sapienza [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)