



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*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;

¹ Regolamento missioni di Sapienza



- 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 segreteriaadmcm@uniroma1.it)

Data

Firma del Richiedente

.....

.....

Il Tutor
(nome e cognome in stampatello)

**Si autorizza
Il Coordinatore Prof.**

Firma del Tutor

Firma del Coordinatore.....

PARTE RISERVATA AL TITOLARE DEI FONDI

Si autorizza il dott./la dott.ssa.....iscritto/a alanno del
dottorato di ricerca ciclo

a partecipare al congresso/convegno.....

che si terrà a dalal

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

Firma de Titolare dei Fondi

Si autorizza
amministrativi)

Il Direttore del Dipartimento
Prof. Giorgio Sesti

Firma

Si autorizza (per gli aspetti contabili ed

Il Responsabile Amministrativo Delegato
Dott. Enrico Mattei

Firma