



Al Direttore del Dipartimento di  
Medicina Clinica e Molecolare

### RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

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

residente a .....in via/piazza .....n°.....

Telefono ..... email .....

In qualità di:

- Professore di I fascia
- Professore di II fascia
- Ricercatore a tempo indeterminato/determinato
- Specializzando
- Assegnista di ricerca

#### PERSONALE NON DIPENDENTE

- Titolare di rapporto di lavoro subordinato con altre università, anche estere, altre amministrazioni, enti pubblici o privati
- Collaboratore esterno inserito in programma di ricerca, di mobilità e nei progetti finanziati da enti esterni (*allegare dichiarazione del responsabile scientifico che attesti l'inserimento del soggetto nel personale di ricerca e indicare la denominazione del progetto*)
- Soggetto formalmente incaricato ad espletare un'attività nell'interesse del Dipartimento (*allegare incarico formale*)
- Docente in congedo o aspettativa (*allegare dichiarazione che attesti che la missione è inerente alla ricerca di cui si chiede di utilizzare i fondi e che il luogo in cui svolgerà la ricerca è diverso da quello in cui presta l'attività*)

#### 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*):

.....  
.....



Mezzi di trasporto che intendo utilizzare:

	Mezzi ordinari		Mezzi straordinari
	treno		mezzo proprio
	aereo		mezzo noleggiato
	autobus urbani ed extraurbani		Taxi [art.11 c. 6 e 7 del Regolamento]
	mezzo marittimo		
	taxi (art.11 c.4 lett. d), e) Regolamento		
	taxi (art.11 c. 4 lett. f) Regolamento		

**AUTORIZZAZIONE PER L'USO DI MEZZI STRAORDINARI (auto propria – taxi – auto a noleggio)**

In riferimento all'uso del mezzo straordinario (taxi, auto propria), dichiaro che si rende necessario per le seguenti motivazioni:

- 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*)
- Località di missione non 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 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](mailto:segreteriaadmcm@uniroma1.it))

La spesa per la suddetta missione è:

- inserita nel piano di gestione del finanziamento della ricerca
- strettamente correlata all'esecuzione del Progetto stesso
- effettuata nell'interesse del Dipartimento al fine di migliorare la preparazione scientifica



Dichiaro che NON intendo chiedere il rimborso delle  
spese

**COMPILARE SOLO PER MISSIONI DI DURATA SUPERIORE A 30 GIORNI**

Dichiaro che durante l'assenza dal servizio nel periodo di missione: ()

- non è prevista attività didattica  
 l'attività didattica sarà proseguita dal/dalla prof. ....

La missione è stata autorizzata dal Consiglio di Dipartimento nella seduta del .....

Data .....



Firma del richiedente

.....

**PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DEI FONDI**

La spesa della missione graverà sui fondi del progetto .....

di cui è titolare:

- il/la sottoscritto/a                       il/la prof.....

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che:

- la spesa per la suddetta missione è inserita nel piano di gestione del finanziamento della Ricerca  
 è strettamente correlata all'esecuzione del Progetto stesso  
 è effettuata nell'interesse del Dipartimento al fine di migliorare la preparazione scientifica

Firma del titolare dei fondi

Data .....



.....

**Si autorizza**

Il Direttore del Dipartimento  
Prof. Giorgio Sesti

**Si autorizza**

(per gli aspetti contabili ed amministrativi)  
Il Responsabile Amministrativo Delegato  
Dott. Enrico Mattei

.....

.....