



DIPARTIMENTO DI FISICA "ETTORE PANCINI"

ANTICIPAZIONE SPESE DI MISSIONE/TRASFERTA

IL SOTTOSCRITTO NATO A..... IL

DOMICILIO FISCALE CODICE FISCALE

MODALITA' DI PAGAMENTO:

☐ QUIETANZA DIRETTA ALLO SPORTELLLO DEL CASSIERE

☐ BONIFICO BANCARIO (INDICARE COORDINATE BANCARIE)

BANCA..... INDIRIZZO:

CODICE IBAN:

SIGLA IN	NC	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

IN SERVIZIO PRESSO.....

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA A DAL..... AL

CONFERITO DA..... PER.....

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART.17 DEL REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO, L'ANTICIPAZIONE PREVISTA DALLA VIGENTE NORMATIVA;

- PER LE MISSIONI/TRASFERTE ALL'ESTERO DICHIARA CHE INTENDE USUFRUIRE DEL:

☐ RIMBORSO ANALITICO

☐ RIMBORSO CON TRATTAMENTO ALTERNATIVO NELLA MISURA DEL 90% DELLA SOMMA INDICATA NELLA TABELLA 3 E DEL 100% DEL PRESUMIBILE IMPORTO DELLE SPESE DI VIAGGIO – INDICARE:

- SPESE DI VIAGGIO IMPORTO DI €

- IMPORTO GIORNALIERO (TABELLA 3) AREA IMPORTO..... N. GIORNI..... TOTALE..... AL 90%

- PER LE MISSIONI/TRASFERTE IN ITALIA O ALL'ESTERO CON RIMBORSO ANALITICO:

- INDICA L'AMMONTARE PRESUNTO DELLE SPESE DI VIAGGIO, EFFETTUATO CON (INDICARE IL MEZZO DI TRASPORTO) DI €.....;

- INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI VITTO, CON PRESENTAZIONE DELLE RELATIVE FATTURE O RICEVUTE FISCALI, NELLA MISURA PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE.....

- INTENDE USUFRUIRE DEL RIMBORSO DELLE SPESE DI PERNOTTAMENTO, PRESENTANDO LA RELATIVA FATTURA O RICEVUTA FISCALE (INDICARE LA DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO ALBERGHIERO E CATEGORIA DELLO STESSO) AL COSTO DI €.....PER NOTTE.

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE, CHE:

- IN CASO DI MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA MISSIONE/TRASFERTA PROVVEDERA' ENTRO 10 GIORNI ALLA RESTITUZIONE DELL'ANTICIPO (vedi art. 16, comma 5);

- IN CASO DI DEFINITIVA LIQUIDAZIONE DEL TRATTAMENTO DI MISSIONE/TRASFERTA DI AMMONTARE INFERIORE ALL'ANTICIPAZIONE, PROVVEDERA' ALLA RESTITUZIONE DEL MAGGIORE IMPORTO RISCOSSO ENTRO 30 GIORNI DALLA COMUNICAZIONE DA PARTE DELL'UFFICIO COMPETENTE PER LA LIQUIDAZIONE (vedi art. 16, comma 6).

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....



DIPARTIMENTO DI FISICA "ETTORE PANCINI"

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it;

PEC: rpd@pec.unina.it.

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

MISSIONI E TRASFERTE IN ITALIA E ALL'ESTERO CON RIMBORSO ANALITICO

(Art. 16, comma 4, lettera a)

SPESE VIAGGIO €..... 100%

PASTI N..... A €..... TOT. €..... AL 75% €.....

PERNOTTAMENTI N..... A €..... TOT. €..... AL 75% €.....

TOTALE ANTICIPO €

MISSIONI E TRASFERTE ALL'ESTERO CON OPZIONE DEL TRATTAMENTO ALTERNATIVO

(Art. 16, comma 4, lettera b)

SPESE DI VIAGGIO €..... 100%

IMPORTI INDICATI NELLA TABELLA 3 – (Trattamento alternativo di missione pari al 90% degli importi indicati)

AREA N. GIORNI TOT. €..... AL 90% €.....

TOTALE ANTICIPO €

ALLEGRO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA

IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE



DIPARTIMENTO DI FISICA "ETTORE PANCINI"

RICHIESTA TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE/TRASFERTA IN ITALIA

*(ART.17 DEL REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO E LE TRASFERTE)

IL SOTTOSCRITTO NATO A IL
DOMICILIO FISCALE CODICE FISCALE
BANCA INDIRIZZO
CODICE IBAN:

SIGLA IN		NC		CIN	ABI					CAB					NUMERO DI CONTO CORRENTE														

IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE/ TRASFERTA A: DAL: AL:

CHIEDE

LA CORRESPONSIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO PREVISTO DAL REGOLAMENTO E DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- DI ESSERE PARTITO IL GIORNO ALLE ORE
- DI ESSERE RIENTRATO IN SEDE IL GIORNO ALLE ORE
- DI AVER PERCORSO CON IL PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO KM N

DI AVER RICEVUTO UN ANTICIPO DI MISSIONE/TRASFERTA PARI A EURO

ALLEGATO:

- ELENCO DETTAGLIATO E SOTTOSCRITTO DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA

DATA

FIRMA.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviare una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

DATA

FIRMA DELL'INTERESSATO



PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SPESE SOSTENUTE COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA IN ORIGINALE

(DA COMPILARSI A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)

SPESE DI TRASPORTO	SPESA RIMBORSABILE (COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)	ALTRE SPESE	SPESA RIMBORSABILI (COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)
AEREO*(ART.8 R.M)		PERNOTTAMENTO *(ART. 12 R.M.)	
TRENO*(ART. 8 R.M.)		VITTO *(ART. 11 R.M.)	
NAVE*(ART.8 R.M.)		TRASPORTI URBANI (ART. 10 COMMI 1-2 R.M)	
AUTOBUS*(ART. 8 R.M.)		COSTO TRANSAZIONE CARTA DI CREDITO (ART. 10 COMMA 4 R.M)	
PEDAGGI*(ART. 8 COMMA 4 R. M.)		MEZZI A NOLEGGIO	
PARCHEGGIO*(ART. 8 COMMA 4 E ART. 10 COMMA 5R.M)			
TAXI* (ART. 10 C.I-3 R.M)			
TOTALI		TOTALI	
INDENNITA' CHILOMETRICA KM N.		COSTO PER KM	TOTALE

TOTALE SPESE RIMBORSABILI (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)	ANTICIPO PERCEPITO (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)	NETTO DA RIMBORSARE (DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE)

* R.M. (REGOLAMENTO PER LE MISSIONI DI SERVIZIO E LE TRASFERTE CONSULTABILE SUL SITO: WWW.UNINA.IT)

DATA

.....



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

DIPARTIMENTO DI FISICA "ETTORE PANCINI"

ELENCO DETTAGLIATO DEI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE SOSTENUTE

IL SOTTOSCRITTO NATO A IL
IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE A DAL AL
PER

ALLEGA ALLA RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N.	DATA*	DESCRIZIONE*	VIAGGIO	VITTO	PERNOTTAMENTO	ALTRO
1			€	€	€	€
2			€	€	€	€
3			€	€	€	€
4			€	€	€	€
5			€	€	€	€
6			€	€	€	€
7			€	€	€	€
8			€	€	€	€
9			€	€	€	€
10			€	€	€	€
11			€	€	€	€
12			€	€	€	€
13			€	€	€	€
14			€	€	€	€
15			€	€	€	€
16			€	€	€	€
17			€	€	€	€
18			€	€	€	€
19			€	€	€	€
20			€	€	€	€
21			€	€	€	€
22			€	€	€	€
23			€	€	€	€
24			€	€	€	€
25			€	€	€	€
26			€	€	€	€
27			€	€	€	€
28			€	€	€	€
29			€	€	€	€
30			€	€	€	€
		TOTALE	€	€	€	€

*DATA E DESCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

NAPOLI,

FIRMA.....

ALLEGARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE



RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO MISSIONE/TRASFERTE ALL'ESTERO

COGNOME NOME
NATO A IL
DOMICILIO FISCALE CODICE FISCALE
BANCA INDIRIZZO:
CODICE IBAN

SIGLA IN	NC	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

SEDE DI SERVIZIO

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE PER LE MISSIONE/TRASFERTA A

PARTENZA IL ALLE ORE DA A

RIENTRO IL ALLE ORE DA A

OGGETTO DELLA MISSIONE/TRASFERTA.....

CHIEDE

IL RIMBORSO DOCUMENTATO DELLE SEGUENTI SPESE

TIPOLOGIA	GIUSTIFICATIVI	IMPORTO IN VALUTA ESTERA	IMPORTO IN EURO
VIAGGIO	N.		€
ALBERGO	N.		€
PASTI	N.		€
AUTOBUS/METRO	N.		€
TAXI	N.		€
ALTRO (SPECIFICARE - VEDI ART 7 R.M.)	N.		€
ALTRO (SPECIFICARE - VEDI ART. 7 R.M.)	N.		€
	N.		
TOTALE			€

IL TRATTAMENTO ALTERNATIVO, OLTRE ALLE SPESE DI VIAGGIO, SECONDO GLI IMPORTI PREVISTI NELLA TABELLA 3
DEL REGOLAMENTO DELLE MISSIONI DI SERVIZIO E DELLE TRASFERTE

DICHIARA INOLTRE:

- ☐ DI AVERE ☐ DI NON AVERE PERCEPITO ALTRE INDENNITA' O RIMBORSI DA ALTRI ENTI/ISTITUZIONI
- ☐ DI AVERE ☐ DI NON AVERE RICEVUTO L'ANTICIPO DI MISSIONE PER EURO
- ☐ DI AVERE ☐ DI NON AVERE USUFRUITO DELL'AUTO PROPRIA PER COMPLESSIVI KM

☐ LE SPESE DI (SPECIFICARE LA TIPOLOGIA) SONO
FATTURATE DALL'AGENZIA DI VIAGGI, PER UN IMPORTO PARI A EURO

EVENTUALI NOTE

DATA IL RICHIEDENTE



DIPARTIMENTO DI FISICA "ETTORE PANCINI"

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

DATA.....

FIRMA DELL'INTERESSATO.....

SI AUTORIZZA LA SPESA PER MISSIONE/TRASFERTA SUI SEGUENTI FONDI:

NUMERO UA: 000021 DENOMINAZIONE UA IN U-GOV: DIPFIS

- | | | | |
|--------------------------|----------|-------|------------------|
| ☐ | CA _____ | _____ | n. veicolo _____ |
| ☐ | CA _____ | _____ | n. veicolo _____ |
| ☐ | CA _____ | _____ | n. veicolo _____ |
| ☐ | CA _____ | _____ | n. veicolo _____ |

PROGETTO (DENOMINAZIONE IN U-GOV) _____

Il titolare dei fondi di progetto

Il Responsabile della struttura



DIPARTIMENTO DI FISICA “ETTORE PANCINI”

ELENCO DETTAGLIATO DEI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE SOSTENUTE

IL SOTTOSCRITTO NATO AIL
IN RELAZIONE ALL'INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA ADALAL
PER
ALLEGA ALLA RICHIESTA DI TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N.	DATA*	DESCRIZIONE*	VIAGGIO	VITTO	PERNOTTAMENTO	ALTRO
1			€	€	€	€
2			€	€	€	€
3			€	€	€	€
4			€	€	€	€
5			€	€	€	€
6			€	€	€	€
7			€	€	€	€
8			€	€	€	€
9			€	€	€	€
10			€	€	€	€
11			€	€	€	€
12			€	€	€	€
13			€	€	€	€
14			€	€	€	€
15			€	€	€	€
16			€	€	€	€
17			€	€	€	€
18			€	€	€	€
19			€	€	€	€
20			€	€	€	€
21			€	€	€	€
22			€	€	€	€
23			€	€	€	€
24			€	€	€	€
25			€	€	€	€
26			€	€	€	€
27			€	€	€	€
28			€	€	€	€
29			€	€	€	€
30			€	€	€	€
		TOTALE	€	€	€	€

*DATA E DESCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

NAPOLI,

FIRMA.....

IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE