



(MODELLO ALL. 2)

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 ADAL.....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) AREAIMPORTO.....N. GIORNI.....TOTALEAL 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.....



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)

AREAN. GIORNITOT. €..... AL 90% €.....

TOTALE ANTICIPO €.....

ALLEGRO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA

IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE