

Prot. n.……………………

Data………………………

# Al Direttore del Dipartimento di Psicologia dinamica clinica e salute

**Progetto PRIN 2022 dal titolo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” – Finanziato dall’Unione Europea – NextGenerationEU – PNRR MISSIONE 4 COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 1.1 (PNRR M4.C2.1.1) - codice Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – Codice CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
CUP MASTER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE**

**NOMINATIVO:** ………………………………………………………….

# QUALIFICA:

Personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato *(barrare la casella di interesse):*

* Professore di I fascia
* Professore di II fascia
* Ricercatore a tempo indeterminato/determinato
* Dirigente
* Personale tecnico amministrativo di cat. EP
* Personale tecnico amministrativo a tempo indeterminato/determinato cat. D,C,B
* Lettore di madrelingua a tempo indeterminato/determinato
* Collaboratori linguistici a tempo indeterminato/determinato

Personale non dipendente *(barrare la casella di interesse):*

* titolari di rapporto di lavoro subordinato con altre Università, anche estere, altre amministrazioni, enti pubblici o privati inseriti nei progetti di ricerca o titolari di incarichi di insegnamento nei Corsi di Studio che prevedono attività formative sul terreno individuate all’interno dell’offerta formativa, se contrattualmente previsto e sempre che l’eventuale emolumento pattuito non sia già comprensivo di ogni e qualsiasi spesa da sostenere per portare a termine l’incarico; (Allegare *autorizzazione alla missione rilasciata dal responsabile dell’ente di appartenenza e controfirmata dal responsabile scientifico dei fondi su cui grava la missione stessa).*
* Professori e ricercatori in quiescenza titolari di incarichi a titolo gratuito per il completamento delle attività di ricerca
* Dottorando/a di ricerca iscritto/a al: I anno II anno III anno

* Titolare di borsa di studio
* Assegnista di ricerca
* Specializzando
* Studente di corsi di laurea magistrale nell'ambito di specifiche attività formative (art. 18 comma 5 legge 240/2010) inseriti nei progetti di ricerca (indicare il Progetto)
* Collaboratore esterno inserito in programma di ricerca, di mobilità e nei progetti finanziati da enti esterni se contrattualmente previsto e sempre che l’eventuale emolumento pattuito non sia già comprensivo di ogni e qualsiasi spesa da sostenere per portare a termine l’incarico; *(allegare dichiarazione del responsabile scientifico che attesti la necessità della missione del collaboratore esterno per l’espletamento dell’incarico ovvero dichiarazione di inserimento del soggetto nel programma previsto)*
* Soggetto formalmente incaricato ad espletare un’attività nell’interesse esclusivo e in rappresentanza del Dipartimento

*(allegare incarico formale)*

* Personale appartenente ad altre amministrazioni nominato in commissioni giudicatrici per le procedure concorsuali bandite dal Dipartimento *(Allegare decreto di nomina)*

# DATA E LUOGO INIZIO MISSIONE: da Roma il……indicare giorno mese anno…………..DATA E LUOGO TERMINE MISSIONE Roma il… indicare giorno mese anno …………..OVVERO DURATA PRESUMIBILE…………..

*(****N.B****. E’ ammissibile o la partenza o l’arrivo dal luogo di residenza/domicilio abituale se questa è più vicina al luogo della missione e non comporta maggiori oneri per Sapienza [economicamente più vantaggioso])*

*(****N.B****. Nel caso in cui la sede di missione coincida con la località di residenza, il rimborso delle spese non è dovuto)*

**LOCALITA’ DELLA MISSIONE**………………………………….………………………………………………….

**COSTO PRESUNTO DELLA MISSIONE**………………………………….………………………………………………….

 *(****N.B****. Le missioni espletate in località distanti meno di 10 Km dal confine comunale della sede di servizio o di durata inferiore alle 4 ore danno diritto al solo rimborso delle spese di viaggio)*

 *(****N.B****: l’incaricato alla missione, anche di lunga durata, è tenuto a rientrare se il luogo di destinazione della missione dista non oltre 90 minuti di viaggio con il mezzo più veloce. Quando non è possibile la partenza e/o il rientro nella stessa giornata a causa della distanza, degli orari dei mezzi di trasporto o degli orari dell’attività da svolgere [da documentare], l’inizio della missione decorre al massimo dal giorno precedente l’inizio delle attività e può terminare al massimo il*

*giorno successivo.)*

# *(N.B. Qualora, per motivi personali, si permanga nella località di missione oltre il periodo connesso alla attività da svolgere, potrà essere rimborsato il titolo di viaggio con data antecedente o successiva a quella di svolgimento della missione, solo se preventivamente autorizzato; tale autorizzazione è subordinata alla presentazione di una documentazione di supporto dalla quale si evinca l’equiparazione o il minore costo dello stesso).*

# MEZZO DI TRASPORTO:

**Ordinari** *(barrare la casella di interesse):*

* Treno
* Areo *(****N.B****. è necessaria la carta di imbarco)*
* Nave
* Servizi di autobus urbani/extraurbani/metropolitane/treni veloci per aeroporti
* Mezzi di trasporto dell’Università
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni in Italia, per le tratte di andata/ritorno per porti, aeroporti e stazioni per raggiungere le sedi di svolgimento della missione, quando l’orario di partenza è antecedente alle 09:00 o l’orario di arrivo è successivo alle ore 20:00
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni all’Estero, per le tratte di andata e ritorno per porti, aeroporti e stazioni per raggiungere le sedi di svolgimento delle missioni, quando l’orario di partenza è antecedente alle 10:00 o l’orario di arrivo è successivo alle ore 20:00
* taxi e i mezzi equivalenti (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), in caso di missioni all'estero, per gli spostamenti nell'area urbana di svolgimento della missione, nel limite massimo giornaliero di Euro 25,00.

 *(****N.B*** *Per l’utilizzo del taxi il documento di spesa, in mancanza di ricevuta fiscale, deve contenere la data, la sigla del taxi*

 *o del mezzo equivalente il tragitto, l’importo pagato e deve essere firmato dal conducente del mezzo stesso).*

**Straordinari** *(barrare la casella di interesse, non sono ammissibili motivazioni diverse da quelle elencate e documentate):*

* Mezzo noleggiato *(motivare con apposita dichiarazione il ricorso a tale mezzo)*
* *Taxi o mezzo equivalente (auto con conducente, navetta, transfer, carsharing, ecc.), per quanto non espressamente previsto sopra*
* Mezzo proprio - Autorizzazione subordinata alla sottoscrizione della copertura assicurativa previa compilazione del modulo al seguente link: https://[www.uniroma1.it/it/pagina/copertura-assicurativa-utilizzo-del-proprio-mezzo-di-](http://www.uniroma1.it/it/pagina/copertura-assicurativa-utilizzo-del-proprio-mezzo-di-) trasporto (*solo per il personale dipendente di cui sopra no dottorandi, no specializzandi, no studenti*)

In quanto sussiste una delle seguenti condizioni *(barrare la casella di interesse):*

o sussiste la necessità di trasportare i seguenti oggetti o materiali fragili o ingombranti o la mancanza totale di mezzi di trasporto per il raggiungimento del luogo di missione (*allegare documentazione/autocertificazione da cui si evince tale circostanza);*

* sussiste la convenienza economica, a cui si allega tabella di comparazione, dettagliata e documentata, da dove si evince l’economicità dell’uso di tale mezzo, e tale eccezione rappresenta per l’Università un contenimento della spesa *(allegare documentazione richiesta);*
* la località di missione non è servita da mezzi di trasporto ordinari o i loro orari sono inconciliabili con lo svolgimento della missione *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* sciopero dei mezzi pubblici*(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* è necessario raggiungere la località di missione e/o rientrare in sede con urgenza per motivi di servizio *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*
* la missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi *(allegare documentazione da cui si evince tale circostanza);*

 *(****N:B:*** *Per il mezzo noleggiato deve essere presentata fattura/ricevuta fiscale emessa dal noleggiatore o*

 *documentazione analoga prevista nel paese estero nonché della documentazione relativa all’acquisto di carburante*

 *e dei parcheggi/garage utilizzati).*

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE GIUSTIFICATIVA PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’USO DEL MEZZO PROPRIO** (*solo per il personale dipendente di cui sopra no dottorandi, no specializzandi, no studenti*)PERCORRENZE KM …………………… |
| Si dichiara la sussistenza della copertura assicurativa prevista, obbligatoria in Italia e nei Paesi stranieri attraversati e didestinazione |
| □ Si dichiara un più efficace espletamento dell’attività in termini di efficienza e di economicità |
| Il sottoscritto dichiara di sollevare l’amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta derivante dall’uso del mezzo proprioFirma ……………............................ |

**FINALITA’ DELLA MISSIONE** *(indicare la finalità istituzionale della missione):* ……………………………………

|  |
| --- |
| **PROSECUZIONE ATTIVITA’ DIDATTICA (questo spazio va compilato solo da parte dei docenti no dottorandi, no specializzandi, no studenti)** |
| DURANTE IL PERIODO DI SVOLGIMENTO DELLA MISSIONE: |
| * Non è prevista attività didattica ⁭
* l’attività didattica sarà proseguita dal Prof.……………………….
 |
| LA MISSIONE E’ STATA AUTORIZZATA DAL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO NELLA SEDUTA DEL ………................. |
| **(solo per missioni di durata superiore a 30 giorni e limitatamente al personale che svolge attività didattica)** |

# (firma di chi effettua la missione)

|  |
| --- |
| **PARTE RISERVATA AL TITOLARE DI FONDI** |
| **La spesa della missione dovrà gravare sui fondi del capitolo di cui il sottoscritto è titolare.****Nel caso in cui la missione dovrà gravare sui fondi del Dottorato, indicare:*** **Fondo 10% Ricerca DM 351/2022 NEXT GEN EU PNRR**
* **Fondo 10% Ricerca DM 1061/2022**
* **Fondo 10% Ricerca DM 226/2021**
* **Fondo 10% Ricerca DM 118/2023 PNRR**

**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/formativa**
* **è compatibile con l’offerta formativa erogata**
 |
| …………………………………………. …………………………………………. (**nome e cognome in stampatello**) **(firma)** |

**MISSIONI ALL’ESTERO**

Il sottoscritto dichiara: *(barrare l’opzione scelta)*

⁭- di scegliere il rimborso documentato

□ - di scegliere il trattamento alternativo (art. 13 Regolamento missioni solo per personale dipendente no dottorandi, no specializzandi, no studenti)

**(Firma di chi effettua la missione )**

# (Firma del Responsabile scientifico ovvero Presidente del CDS/CAD)

**Si autorizza**

# (firma del Direttore Dipartimento)

**(Firma del RAD per Verifica copertura finanziaria)**

**L’autorizzazione alla missione non comporta automaticamente la liquidazione della stessa, qualora non siano rispettate le disposizioni del Regolamento Missioni di Ateneo**

# MISSIONI NON EFFETTUATE O INTERROTTE

Il sottoscritto dichiara di non aver potuto effettuare/dovuto interrompere la missione per i seguenti motivi:

*(allegare la documentazione da cui si evince tale circostanza)*

*-* Malattia

* Gravi motivi familiari
* Eventi atmosferici, naturali e socio-politici eccezionali
* Scioperi, guasti e ritardi che impediscono il trasporto o fanno venir meno lo scopo della missione
* Cancellazione imprevista dell’evento che giustifica la missione
* Motivi di servizio

*(****N.B:*** *l’incaricato alla missione deve tempestivamente porre in essere tutte le azioni necessarie per ottenere il rimborso delle spese dai relativi fornitori di servizi).*

# Firma di chi effettua la missione

……………………………………..

# (firma del Direttore Dipartimento)

**………………………………………**