***(MODELLO ALL. 2)***

***ANTICIPAZIONE SPESE DI MISSIONE/TRASFERTA***

***IL/LA SOTTOSCRITTO/A ……………………………………………………………………. NATO A IL ………………………………………….***

***DOMICILIO FISCALE ………………………………………. … . . . . …… .CODICE FISCALE.. . . . ……………………………………...***

***MODALITA' DI PAGAMENTO :***

􀀀 ***QUIETANZA DIRETTA ALLO SPORTELLO 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/A…………………………………***

*IL/LA SOTTOSCRITTO/A 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/A…………………………………***

***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. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo:* [*ateneo@pec.unina.it*](mailto:ateneo@pec.unina.it)*; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati:* [*rpd@unina.it*](mailto:rpd@unina.it)*; PEC:* [*rpd@pec.unina.it*](mailto:rpd@pec.unina.it)*. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l’Ufficio Contabilità Area 1 inviando una email al seguente indirizzo:* [*uff.contabilitaarea1@unina.it*](mailto:uff.contabilitaarea1@unina.it)*.*

*Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. 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*](http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy)*.*

***DATA…………………… FIRMA DELL’INTERESSATO/A…………………………***

***------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------***

***PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO***

***MISSIONI E TRASFERTE IN ITALIA E ALL’ESTERO CON RIMBORSO ANALITICO***

***(Art. 16, comma4, 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 €…………………..***

***ALLEGO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA***

***IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE***