

(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 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.....

*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](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).  
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 €.....**

**ALLEGO: PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE/TRASFERTA  
IMBUSTARE I DOCUMENTI IN ORIGINALE**