



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INVIO IN MISSIONE

NOME E COGNOME _____ **Matricola** _____ **Tel. Int.** _____

QUALIFICA _____ Dipendente _____
 Non Dipendente _____ *Specificare la tipologia contrattuale*

UNITÀ OPERATIVA _____ **RESPONSABILE** _____

LUOGO DI _____ **DATA** Dal _____ Al _____
MISSIONE _____ **ORARIO** Dalle _____ Alle _____

MOTIVO _____

Compilare la tabella indicando le spese previste

NESSUNA SPESA	<input type="checkbox"/> SI		€
VIAGGIO CON MEZZO PUBBLICO <i>(utilizzo del taxi solo se preventivamente motivato e autorizzato)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
VIAGGIO CON MEZZO PROPRIO <i>(vedasi specifico regolamento interno)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VITTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
ALLOGGIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
VARIE	<input type="checkbox"/> SI	_____ (specificare)	€
TOTALE SPESA PREVISTA			€

RICHIESTA ANTICIPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------	---

TIPOLOGIA DI FONDI	<input type="checkbox"/> ISTITUZIONALI	€	
	<input type="checkbox"/> ALTRI FONDI	€ (specificarla tipologia: sperimentazioni, progettualità, fondi liberali)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore SC Risorse Umane e Affari Generali
	<input type="checkbox"/> FONDI RICERCA	€ (specificarla tipologia: RC, 5x1000, ricerca da privati, fondi europei, ricerca finalizzata regionale e ministeriale)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore Scientifico

Firma per accettazione del dipendente

Firma del Responsabile di U.O. *

Firma del responsabile PI e/o fondo

*I Direttori di UOC non afferenti a Dipartimenti e Direttori di Dipartimento devono essere autorizzati da Direttori di area.



**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
IRCCS**

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INVIO IN MISSIONE

RICHIESTA RIMBORSO SPESE MISSIONE

Orario attività lavorativa			Orario viaggio			Note ufficio personale
Data	dalle ore	alle ore	Data	dalle ore	alle ore	

SPESE EFFETTIVE		
NESSUNA SPESA	<input type="checkbox"/>	
VIAGGIO CON MEZZO PUBBLICO	<hr/> <i>(specificare il nr di biglietti)</i>	€
VIAGGIO CON MEZZO PROPRIO <i>(allegare autorizzazione)</i>	Km	<hr/>
	Pedaggio	€
	Parcheggio	€
VITTO	<hr/> <i>(specificare il nr. di pasti)</i>	€
ALLOGGIO	<hr/> <i>(specificare il nr. di notti)</i>	€
VARIE	<hr/> <i>(specificare)</i>	€
TOTALE		€

ANTICIPO EROGATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€
-------------------------	---	---------

Data, _____

Il dipendente
