**Da compilare, firmare e inviare a:** **missioni@cref.it**

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER MISSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede l'autorizzazione a compiere la missione a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la seguente motivazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con partenza il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ritorno il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ effettuata a mezzo:

□ TRENO

□ AEREO

□ AUTOBUS/PULLMAN

□ PROPRIO (compilare All. 2)

□ ALTRO (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

La missione sopra indicata:

□ è a carico terzi

□ graverà sul Progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui è assegnatario (responsabile fondi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per un importo presunto di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.I. 23/3/2011, il/la sottoscritto/a dichiara che per il rimborso della missione stessa, si avvarrà del:

□ trattamento di missione con rimborso documentato in conformità all’art. 1 D.M. 23/03/2011

*Oppure*

□ trattamento alternativo di missione come previsto dall’art.4 D.M. 23/03/2011, per ogni 24h di missione con riferimento a quanto indicato nella tabella C del Decreto stesso. Qualora si sia usufruito di alloggio e

vitto gratuito a carico dell’Amministrazione, Istituzioni comunitarie o di Stati Esteri il trattamento alternativo di missione non compete.

Il Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Responsabile del Progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA**

**L’AMMINISTRAZIONE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_