

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TRASFERTA COLLABORATORI ESTERNI**

**(**Inseriti nell’elenco ufficiale dei collaboratori al progetto di ricerca**)**

…l… sottoscritt… ………………………….………………………………………

o Dottorando presso …………………………………...........

* Collaboratore coordinato e continuativo
* Dipendente di altra Pubblica Amministrazione[1](#_bookmark0) …………………………………………………………….. con la qualifica di ……………………………………………………………
* Titolare di assegno di ricerca presso …………………………………………………..
* Titolare di borsa di studio[2](#_bookmark1) ………………………………………………….
* Collaboratore esterno prestatore di lavoro autonomo esercitato abitualmente (titolare di partita I.V.A.)[3](#_bookmark2)
* Collaboratore esterno prestatore di lavoro autonomo non esercitato abitualmente (non titolare di partita I.V.A.)[4](#_bookmark3)

partecipante alla ricerca …………………………………………………………………………… di cui è responsabile il Prof. ………………………………………………. chiede l’autorizzazione a recarsi per lo svolgimento di attività di ricerca a …………………………………………………………………………….………… dal …………………. al …………………….

Roma, Firma del collaboratore

………………………………..

…l… sottoscritt… Prof. ……………………………………………………………..…… , responsabile della ricerca di cui sopra, attesta che il Dott. ………………………………….……………………………..… è inserito nell’elenco ufficiale dei collaboratori al progetto di ricerca per l’anno ………………………. , dichiara che

la spesa prevista è di € …………………………………………… che, debitamente comprovata, graverà sul conto ………………………………………………………………………., di cui è titolare il sottoscritto.

Il Titolare dei Fondi Il Direttore del Dipartimento

…………………..………….… …………………..………….…

1 Specificare l’Amministrazione di appartenenza e allegare la relativa autorizzazione di missione in originale o copia conforme all’originale.

2 Specificare la tipologia di borsa di studio (es. post Dottorato).

3 Il rimborso è soggetto a ritenuta di acconto ai sensi dell’art. 25 D.P.R. 600/73 ed è subordinato alla previa presentazione da parte del professionista di fattura intestata al Dipartimento di Matematica

4 Il rimborso è soggetto a ritenuta di acconto ai sensi dell’art. 25 D.P.R. 600/73.

**Sapienza Università di Roma**

Piazzale Aldo Moro n. 5, 00185 Roma

T (+39) 06 49913285 F (+39) 06 44701007

[www.mat.uniroma1.it](http://www.mat.uniroma1.it/)