

Demande d’autorisation de déplacement professionnel

VALANT ORDRE DE MISSION

Sans frais  Avec frais  Demande d’avance

École doctorale / Laboratoire : Grade :

Nom, prénom : Adresse mail :

|  |
| --- |
| Motif du déplacement |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Itinéraire de la mission | | | | | | |
| Étapes de l’itinéraire | Départ | | Arrivée | | Moyen de transport | Montant (si non avancé par UBFC) |
| Date | Heure | Date | Heure |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Montant total des transports | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Utilisation du véhicule | | |
| Quel véhicule ? | Raisons du choix du véhicule | Quel remboursement ? |
| Véhicule personnel  *Au 1er déplacement, joindre impérativement : copie de la carte grise, de l’attestation d’assurance et du permis de conduire* | Convenance personnelle  Absence de transport en commun  Transport de matériel  Gain de temps ou économie (covoiturage)  Autre : ……………………………………………… | Tarif SNCF 2nde classe  Indemnités kilométriques  Parking  Péage |
| Véhicule de service  Véhicule : …………………………………  *Joindre une copie du permis de conduire*  *A utiliser uniquement durant les jours et heures de service* | Covoiturage *(préciser les noms des passagers)*:  …………………………………………………………………  …………………………………………………………………  Absence de transport en commun  Nécessité de service, *précisez*:  ………………………………………………………………… | Carburant  Parking  Péage |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frais de restauration et d’hébergement *(joindre les justificatifs originaux)* | | | |
| Repas | Nombre | Nuitées | Nombre |
| A rembourser au missionnaire |  | A rembourser au missionnaire |  |
| A titre gratuit / Payé par UBFC |  | A titre gratuit / Payé par UBFC |  |
| Montant |  | Montant |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autres frais *(joindre les justificatifs originaux)* | | | |
| Transport en commun | Taxi | Inscription | Autres, précisez : |

|  |
| --- |
| Observations |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’atteste avoir pris connaissance des modalités de remboursement des missions  Date :  Signature du **missionnaire** : | **Avis du directeur**  **de l’école doctorale**  Favorable  Défavorable  Signature : | **Décision du Président d’UBFC**  Accordée  Refusée pour le motif suivant :  Signature : |