

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 serviceVéhicule : …………………………………*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 missionsDate :Signature du **missionnaire** : | **Avis du directeur** **de l’école doctorale**[ ]  Favorable [ ]  DéfavorableSignature : | **Décision du Président d’UBFC**[ ]  Accordée[ ]  Refusée pour le motif suivant :Signature : |