


**Demande d'autorisation de déplacement Professionnel
Valant ordre de mission**
 Sans frais Avec frais

École doctorale / Laboratoire

Renseignements concernant la mission

Nom et prénom			Équipe et grade		
Date de départ	/	/	H	Date de retour	/ / H
Ville et pays de mission			Date de naissance		

Motif du déplacement

-
- Formation Catalogue :
-
-
- Autres :

Itinéraire de la mission

Itinéraire (définir les étapes : Ville A > Ville B)	Départ Date et Heure	Arrivée Date et Heure	Moyen de transport	Montant (Si non pris en charge par UBFC)
Montant total des transports				€

Utilisation d'un véhicule
(Doit rester exceptionnelle. Vous devez privilégier les transports en commun)

<u>Véhicule personnel</u> Joindre impérativement au premier déplacement ou si modification d'information : <u>une copie de la carte grise et de l'attestation d'assurance.</u> Le remboursement se fait selon le trajet le plus court sur viaMichelin.fr	<input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Absence de transport en commun <input type="checkbox"/> Transport de matériel fragile, lourd ou encombrant <input type="checkbox"/> Gain de temps ou économie (co-voiturage): <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Tarif S.N.C.F 2 ^{ème} classe (par défaut) <input type="checkbox"/> Indemnités kilométriques <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Péage
<u>Véhicule de service</u> Véhicule : _____ <i>A utiliser uniquement les jours et heures de bureau</i>	<input type="checkbox"/> Co-voiturage : <input type="checkbox"/> Absence de transport en commun <input type="checkbox"/> Nécessité de service - Précisez :	<input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Péage

Frais de restauration et d'hébergement

Repas	Nombre	Hébergement	Nombre
<input type="checkbox"/> Restaurant		A rembourser au missionnaire	
<input type="checkbox"/> Restaurant Universitaire		A titre gratuit / Payé par UBFC	

Autres frais

-
- Transport en commun : _____
-
- Taxi : _____
-
- Inscription : _____
-
- Autres frais (à préciser): _____

Observation(s) et/ou réserve(s)

Missionnaire <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des modalités de remboursement mission. Signature et date :	Avis du directeur de l'école doctorale <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Signature et date :	Décision du Président d'UBFC <input type="checkbox"/> Accordée <input type="checkbox"/> Refusée pour le motif suivant : Signature et date :
---	--	--