

# PROCEDURE MISSIONS

## AVANT LA MISSION

### ① Je complète et je signe le document ci-dessous

DEMANDE D'ORDRE DE MISSION		AVEC FRAIS SANS FRAIS	
Réservé à l'administration	Imputation budgétaire EOTP	Composante Matricule agent	Service Numéro de déplacement

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'AGENT			
À RENSEIGNER POUR CHAQUE MISSION			
Nom	Prénom <input type="text"/>		
À RENSEIGNER <u>UNIQUEMENT POUR UNE 1<sup>ÈRE</sup> MISSION</u> <i>(Joindre impérativement un RIB)</i>			
N° de S.S.			
ADRESSE PERSONNELLE			
Adresse			
Code Postal	Ville	Nationalité	
Fonction	Personnel UNS	Personnel hors UNS	Autre (Préciser)
<i>(Tout fonctionnaire doit joindre un ordre de mission sans frais)</i>			
ADRESSE ADMINISTRATIVE			
Nom de l'établissement			
Adresse			
Mail			

Motif précis de la mission (fournir une convocation si nécessaire)

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA MISSION			
NATURE			
Sans frais	Total	Partielle	
Objet			Lieu
<i>(Joindre un justificatif : convention, invitation, convocation...)</i>			
Demande d'avance	Oui	Non	
SÉJOUR			
Hôtel à la charge de l'agent		Réservation hôtelière par commande UNS	Autres
Nombre de nuit		Montant (€)	
VOYAGE ET TRANSPORT			
Montant (€)	Forfait (€)	Transport à la charge de l'agent <i>(Joindre justificatif)</i>	

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE SÉJOUR			
DÉROULEMENT DE LA MISSION			
Départ de la résidence	Familiale		Administrative
Retour à la résidence	Familiale		Administrative
Le	heure	Ville	
DESTINATION PRINCIPALE DE LA MISSION			
Ville		Pays	
TRANSPORT UTILISÉ			
Avion	Train	Véhicule location	
Véhicule personnel *	Kilométrage prévu	Raison d'utilisation	
<i>(*Joindre 1/ la copie de la carte grise 2/ la copie de la carte d'assurance du véhicule 3/ l'attestation d'assurance)</i>			
Véhicule administratif	Kilométrage prévu	Raison d'utilisation	
Parking	} <i>(Uniquement sur autorisation. Joindre un justificatif si accordé)</i>		
Taxi			

### ② Je réserve mon billet/hôtel

③ **Fournir (hors personnels UNS) :**

- *Pour les intervenants extérieurs fonction publique (fonctionnaires ou contractuels) : un ordre de mission sans frais de leur administration d'origine*
- *Pour les autres : attestation sur l'honneur de non prise en charge de la mission par un autre organisme*

④ **Cas particulier : utilisation du véhicule personnel**

*Compléter le document ci-dessous et fournir la copie de la carte grise et la quittance d'assurance*

⑤ **Envoi des pièces originales :** Mme MIZERA, responsable formation continue médicale/DPC de la faculté de médecine.

Roxana MIZERA

UFR MEDECINE

28, avenue de Valombrose

06107 Nice Cedex 2

@ : Roxana.MIZERA@univ-cotedazur.fr



04 93 37 70 08

# APRES LA MISSION

## ① Je complète et je signe le document ci-dessous

### RETOUR DE MISSION - ÉTAT DE FRAIS

Réservé à l'administration

Matricule  
EOTP

N° de déplacement  
Domaine fonctionnel

CRB

#### RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'AGENT

Nom  Prénom

#### RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA MISSION

OBLJET PRÉCIS DE LA MISSION

#### DÉTAIL DE L'ITINÉRAIRE

ITINÉRAIRE		DÉPART		ARRIVÉE	
DÉPART DE	ARRIVÉ À	DATE	HEURE	DATE	HEURE

#### FRAIS CONCERNANT LE SÉJOUR

DÉPENSES PAYÉES PAR L'AGENT EN MISSION

	FRAIS DE TRANSPORT
Avion	
Train	
Bus, métro	
Taxi	
Parking	
Péage	
Véhicule personnel	
N° immatriculation	

	FRAIS DE SÉJOUR
Nuit : nombre	
Nuit : montant (€)	
Repas : nombre	
Inscription au colloque (€)	
Autre (€) *	

Précisez \*

DÉPENSES PAYÉES PAR L'UNS

Réservé à l'administration

	MONTANT	BON DE COMMANDE
Avion		
Train		
Hôtel		

	MONTANT	BON DE COMMANDE
Repas		
Colloque		
Autre *		

Précisez \*

Remarques

Date et signature de l'agent

Date et signature de l'ordonnateur

## ② Justificatifs à fournir

Tous les justificatifs fournis sont des originaux avec le montant lisible sur chaque pièce

- Avion/train/transports en commun : justificatif paiement billet à son nom
- Taxi : le remboursement n'est possible que pour une raison particulière (exemple : pas de transport à l'heure d'arrivée)
- Utilisation du véhicule personnel (**réelle nécessité de service**) : simulation MAPPY pour la distance, tickets de péage (ou relevé détaillé abonnement)
- Parking aéroport : à justifier

③ **Envoi des pièces originales** : Mme MIZERA, responsable formation continue médicale/DPC de la faculté de médecine.


Roxana MIZERA

UFR MEDECINE

28, avenue de Valombrose

06107 Nice Cedex 2

@ : Roxana.MIZERA@univ-cotedazur.fr

 04 93 37 70 08

## REMARQUES :

1. Le remboursement des nuitées est plafonné à **120 euros** par nuit
2. Le remboursement des repas est plafonné à **15,25 euros** par repas ou **30,50 euros** sur présentation d'un justificatif
3. Missions **hors France** : **justificatif de nuitée obligatoire**