

Références obligatoires										eOTP										
9										C										
CF										CENTRE DE COÛT										DF

Demande d'ORDRE DE MISSION

☐ Pour le personnel UTM

 Billets à réserver par le service Déplacements : **oui** ☐ **non** ☐

Civilité Nom Prénom Date de naissance

Email Téléphone Passeport n° Expire

Résidence personnelle

Fonction ou Profession Catégorie

Service, UFR ou

Équipe de recherche

Motif PRÉCIS du déplacement

Justificatif à fournir chaque fois que cela est possible

Itinéraire	Code Postal	Ville	Date jj/mm/aa	Horaires	Moyen de transport	pour VP*, km officiel	Réduction ou Observations	Réservé au service Déplacements
Départ								
Arrivée								
Départ								
Arrivée								
Départ								
Arrivée								
Départ								
Arrivée								
Départ								
Arrivée								
Départ								
Arrivée								
Départ								Visa du service Déplacements
Arrivée								
Départ								
Arrivée								Prix des billets €

 Mission à l'étranger, Visa à prendre par le service Déplacements : **oui** ☐ **non** ☐
*** En cas d'utilisation du véhicule personnel :**

- noter la distance officielle donnée par **MICHELIN** ;
- compléter la demande d'autorisation ; **Formulaire** (joint en annexe)
- préciser si vous demandez le remboursement sur la base :
 - ▶ des indemnités kilométriques : ☐ oui
 - ou ▶ du tarif SNCF 2° classe : ☐ oui

 Remboursement de frais : **non** ☐ **oui** ☐

 Si oui ▶ **Frais de séjour** ▶ Nbre de repas de nuitées
 ou indemnité journalière pour l'étranger

 ou ▶ remboursement plafonné : **FORFAIT** : €

 Hors transport ☐ Transport inclus ☐

 ▶ Autres frais (métro, parking, taxi, etc.) ☐ oui ☐ non ☐

L'ordonnateur autorise la prise en charge éventuelle, sur présentation de justificatifs, de frais annexes et dérogations prévus par le règlement interne de l'UTM :

Oui ☐ **Non** ☐
Conservez IMPÉRATIVEMENT vos titres de transport utilisés, ils vous seront demandés après votre déplacement

Informations particulières

Information concernant la personne qui effectue la réservation ou qui suit le dossier

Date Nom, Prénom

Email Téléphones Prof. Perso.

Ordonnateur :

Service :

Signature

Nom du gestionnaire financier UTM

N° agent missionnaire