

DOTTORANDI

Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Roma

Richiesta di AUTORIZZAZIONE di Missione

Nominativo Luogo e data di nascita

Residenza Codice Fiscale

Codice IBAN

Denominazione DottoratoCiclo di Dottorato

E-mail /telefono per contatti

Data inizio Missione Data termine missione

Località

Finalità della missione

Utilizzo Taxi: l'eventuale utilizzo del taxi è subordinato all'autorizzazione del titolare dei fondi, nella quale si dovrà specificare la motivazione

Si allega la dichiarazione del Coordinatore del Dottorato

Il Richiedente

.....

(firma di chi effettua la missione)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi della mobilità dei dottorandi

VISTO: SI AUTORIZZA

.....

(firma del Coordinatore del Dottorato)

.....

(firma del Direttore di Dipartimento)