

PERSONALE ESTERNO

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

E-mail /telefono per contatti

specializzandi*

assegnisti**

altro***

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

Il Richiedente

.....

(firma di chi effettua la missione)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi

.....

(firma del titolare dei fondi)

.....

(firma del Direttore di Dipartimento)

*Si allega dichiarazione per specializzando

**Si allega dichiarazione per assegnista

***Si allega il progetto di ricerca con l'elenco del personale che partecipa