

PERSONALE INTERNO

Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Roma _____

Richiesta di **AUTORIZZAZIONE** di Missione

Nominativo _____ Qualifica _____

Data inizio Missione _____ Data termine missione _____

Località _____ Finalità della missione _____

Reddito presunto annuo _____

IBAN _____

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

DICHIARAZIONE ESONERO RESPONSABILITÀ PER L'USO DEL MEZZO PROPRIO

Il sottoscritto dichiara di sollevare l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità dall'uso del mezzo proprio

PROSECUZIONE ATTIVITÀ DIDATTICA

Durante l'assenza dal servizio del periodo della missione

☒ non è prevista attività didattica

☐ l'attività didattica sarà proseguita dal prof. _____

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi _____

Il Richiedente

(firma del Titolare dei fondi)

(firma di chi effettua la missione)

Compilazione a cura della segreteria del Dipartimento

Compilatore: _____

N° Missione _____

(firma del Direttore di Dipartimento)