

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 _____

IBAN _____

E-mail/Telefono per contatti _____

Chiede in qualità di:

- Specializzando
 - Nome Scuola: _____
 - Anno Accademico: _____
- Assegnista
 - Progetto: _____
 - Data inizio: _____ Data fine: _____
- Borsista di Studio/Ricerca
 - Progetto: _____
 - Data inizio: _____ Data fine: _____
- Contrattista di Studio/Ricerca
 - Progetto: _____
 - Data inizio: _____ Data fine: _____
- Dottorando
 - Dottorato in: _____
 - Iscritto al Ciclo nr.: _____

Reddito presunto annuo _____

Data inizio missione _____ Data termine missione _____

Località _____

Finalità della missione _____

- Si richiede l'autorizzazione del Taxi:
 - Motivazione: _____

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)