

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

PROTOCOLLO MISSIONE N. ____ DATA ____ (a cura della Segreteria)

Nominativo Dottorato in.....ciclo
annualità..... Data inizio missione Data termine missione.....
Località della missione Mezzo di trasporto.....
Finalità della missione

DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che la mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria del Dipartimento di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima della suddetta data e, comunque prima dell'inizio della missione, nonché il mancato invio, al termine di essa, della domanda di liquidazione anche in caso di non richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l'amministrazione universitaria per le quote assicurative da essa pagate a suo conto.

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ FONDI

- La spesa della missione dovrà gravare sui fondi del Dottorato di Ricerca in di cui il/la sottoscritto/a è titolare.
- Missione senza rimborso

(FIRMA DEL COORDINATORE / DELLA COORDINATRICE)

PROSECUZIONE DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA

- Non è prevista attività didattica

Prof./Prof.ssa

(IN STAMPATELLO)

(FIRMA DEL/LA TUTOR)

Il/la Dottorando/a dichiara di essere a conoscenza
del Regolamento Generale di Ateneo per le Missioni

(FIRMA DI CHI EFFETTUA LA MISSIONE)

AUTORIZZAZIONE DELLA MISSIONE

Visti i dati sopraindicati si autorizza la missione con l'uso del:

- mezzo ordinario
- mezzo straordinario
- mezzo gratuito

(FIRMA DEL DIRETTORE/DELLA DIRETTRICE)