

***Al Direttore del Dipartimento Multidisciplinare di
Specialità Medico-Chirurgiche ed Odontoiatriche***

Il/La sottoscritt_____ qualifica _____
classe stipendio _____ cod. fiscale _____ in servizio presso questo Dipartimento
chiede l'autorizzazione a recarsi in missione a _____
presso _____ dal _____ al _____
per i seguenti motivi _____

e dichiara che la missione è necessaria e rilevante per _____

La missione verrà effettuata servendosi del (*) treno/aereo/nave/mezzo privato.

La spesa della missione graverà sull'UPB: _____ capitolo _____

Trattandosi di fondi di ricerca _____ si dichiara che l'espletamento della missione
è direttamente connesso al programma di ricerca cui si riferisce il finanziamento su cui grava la spesa.

Il titolare del fondo dichiara che la persona autorizzata alla missione è inserita nel progetto di ricerca.

Si chiede l'anticipazione di €. _____ per la spesa presunta di viaggio

e di €. _____ per i 2/3 delle indennità giornaliere

TOTALE €. _____

Coordinate bancarie C/C n. _____ cin _____ abi _____ cab _____

Agenzia _____ IBAN _____

Napoli,.....

Firma del titolare del fondo di ricerca
o responsabile della convenzione

Firma dell' interessato

Il Direttore del Dipartimento

Napoli,

(*) Cancellare le voci che non interessano