RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

PROTOCOLLO MISSIONE N. …… DATA …….

Nominativo …….. Qualifica ……

Data inizio missione …….. Data termine missione……..

Località della missione …….. Mezzo di trasporto……..

Finalità della missione ……

DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI

Il sottoscritto 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.

PROSECUZIONE ATTIVITA' DIDATTICA

La missione è stata autorizzata da: ..... il .....(tale comunicazione dovrà essere effettuata soltanto in caso di missione di durata superiore a 30 gg. e limitatamente al personale che svolge attività didattica). Durante l'assenza dal servizio nel periodo della missione:

- ☐ Non è prevista attività didattica
- ☐ L'attività didattica sarà proseguita dal Prof. .....

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi .....di cui il sottoscritto è titolare.

Prof./Dott.
.....
(IN STAMPATELLO)

_____
(FIRMA DEL TITOLARE DEI FONDI)

_____
(FIRMA DI CHI EFFETTUA LA MISSIONE)

AUTORIZZAZIONE DELLA MISSIONE

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

- ☐ mezzo ordinario
- ☐ mezzo proprio provincia
- ☐ mezzo noleggiato
- ☐ mezzo gratuito
- ☐ mezzo aereo
- ☐ mezzo marittimo
- ☐ mezzo amministrazione
- ☐ altro: .....

_____
(FIRMA DEL DIRETTORE)

SCHEDA ANAGRAFICA DOTTORANDO

NOME: _____

COGNOME: _____

DOTTORATO:_____

LUOGO E DATA DI NASCITA

Comune:_____ Provincia: _____

Località: _____

Stato Estero: _____

Giorno: _____ Mese: _____ Anno: _____

Codice Fiscale:

RESIDENZA

Comune:_____ Provincia: _____

Località: _____ CAP: _____

Indirizzo: _____ N.ro civico: _____

indirizzo e-mail: _____

N.ro telefono rete mobile: _____

DOMICILIO *(solo se diverso dalla Residenza)*

Comune:_____ Provincia: _____

Località: _____ CAP: _____

Indirizzo: _____ N.ro civico: _____

☐ Stato Estero: _____

Indirizzo: _____

ACCREDITAMENTO SU CONTO CORRENTE BANCARIO (*)

DENOMINAZIONE BANCA: _____

CODICE IBAN:

SWIFT/BIC

Data: _____ Firma: _____

N.b. Allegare copia documento d'identità, tessera sanitarie e breve Cv (se straniero passaporto).