

**AUTORIZZAZIONE AD INCARICO DI MISSIONE DOTTORANDI**

|  |
|--|
| <b>RICHIEDENTE</b> _____   |
| <b>NATO A</b> _____ <b>IL</b> _____ <b>C.F.</b> _____  |
| <b>RESIDENTE A</b> _____ <b>VIA</b> _____  |
| <b>ISCRITTO PER L'A.A.</b> _____ <b>AL</b> _____ <b>ANNO DEL</b> _____ <b>CICLO DOTTORALE</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>CON BORSA</b> <input type="checkbox"/> <b>SENZA BORSA</b>  |
| <b>LOCALITÀ MISSIONE</b> _____   |
| <b>PRESSO</b> _____  |
| <b>DATA INIZIO MISSIONE</b> ____ / ____ / ____ <b>DATA FINE MISSIONE</b> ____ / ____ / ____  |
| <b>FINALITÀ</b> _____  |
| <b>MEZZO DI TRASPORTO ORDINARIO</b> Aereo <input type="checkbox"/> Treno <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Nave <input type="checkbox"/> |
| <b>MEZZO DI TRASPORTO STRAORDINARIO</b> Taxi <input type="checkbox"/> Altro _____  |
| <b>MOTIVAZIONE</b> _____   |
| <b>FONDO sul quale graverà la spesa</b> _____  |
| <b>ANTICIPO RICHIESTO IMPORTO</b> _____ per spese di viaggio (si allega richiesta)   |

Roma \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Valutate l'opportunità del viaggio, il relativo piano di spesa e le modalità del suo svolgimento si autorizza la missione come sopra indicato.

IL TUTORE

IL COORD. DEL DOTTORATO

IL DIRETTORE DEL DIP.TO