



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**META-STRUTTURA MEDICO-CHIMICA
DIPARTIMENTO di MEDICINA TRASLAZIONALE E PER LA ROMAGNA**

AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE

Al/la Prof./Dr./Sig. _____
Nome e Cognome

Qualifica _____

Sede e/o ufficio di servizio _____

Si incarica la S.V. ad effettuare la missione sottoindicata:

Località _____

Oggetto e finalità della missione _____

Data presumibile della partenza _____ ora _____

Durata presumibile della missione (in giorni) _____

Fondo su cui grava la spesa _____

Firma Richiedente _____

Firma Titolare del Fondo _____

Firma Direttore Dipartimento _____

Ferrara, _____

N.B.: E' necessario richiedere l'autorizzazione alla missione anche nel caso non sia prevista alcuna richiesta di rimborso spese. -- Il presente modulo vale per un solo incarico di missione.