



Richiesta di autorizzazione

Missione

Incarico di missione per il personale esterno all'Ateneo

Cognome _____ Nome_____

Luogo di nascita _____ data di nascita_____

Codice fiscale_____

Residenza fiscale_____

E-mail _____ Telefono_____

Ente di appartenenza_____

Ruolo_____

Partita IVA_____ barrare se non titolare di partita iva

Coordinate Bancarie IBAN

ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Località sede dell'attività da svolgere_____

Partenza da_____

Motivazione della richiesta_____

Inizio presunto il giorno_____ e termine presunto il giorno_____

Copertura finanziaria fondi_____

Modalità rimborso (solo per missioni all'estero) analitico alternativo

Utilizzo mezzo proprio SI NO (rif. regolamento missioni D.R. n.769
del 22/06/2016)

Costo presunto € _____ Data _____

Il titolare dei fondi

Il richiedente

Il responsabile della
copertura finanziaria

Il responsabile
dell'autorizzazione