

Bari, _____

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL COMPIMENTO DI MISSIONE
per conto e a spese di altro ente / altro Dipartimento**

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____ qualifica
_____, essendo stato invitato a
/ dovendo partecipare/frequentare _____
che si terrà a _____
dal _____ al _____

CHIEDE

l'autorizzazione al compimento della missione relativa.

La durata presunta della missione è di giorni _____ (oppure ore _____) a partire dal
giorno _____ alle ore _____.

**Nessuna spesa relativa alla suddetta missione sarà sostenuta dal Dipartimento di Bioscienze,
Biotecnologie e Biofarmaceutica.**

Firma del richiedente

AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE A COMPIERE LA MISSIONE

Si autorizza il/la Prof./Dott./Sig. _____ a svolgere la
missione di cui sopra. Nessuna spesa graverà sul Dipartimento relativamente alla stessa.

Il Direttore del Dipartimento
