Bari

Prot. n

# CONFERIMENTO INCARICO DI MISSIONE SENZA RIMBORSO

Il sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sede di servizio Dipartimento di Informatica

**CHIEDE**

l’autorizzazione a recarsi a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La durata della missione, a partire dal giorno \_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_:\_\_, al giorno \_\_\_\_\_\_

Inoltre dichiara che le spese della missione non graveranno sui fondi di codesto Dipartimento e che non sono previste attività didattiche durante il periodo della missione.

Con osservanza

Firma di chi effettua la missione

## 

## **AUTORIZZAZIONE A COMPIERE LA MISSIONE**

Si autorizza a compiere la missione di cui sopra.

IL COORDINATORE IL DIRETTORE

Campus, Via Orabona 4 70125 Bari (Italy)

tel (+39) 080 5442541 • fax (+39) 080 5442542

[www.di.uniba.it](http://www.uniba.it/)

c.f. 80002170720 p. iva 01086760723

Campus, Via Orabona 4 70125 Bari (Italy)

tel (+39) 080 5442541 • fax (+39) 080 5442542

[www.di.uniba.it](http://www.uniba.it/)

c.f. 80002170720 p. iva 01086760723