

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**

\_\_\_\_\_