UNIVERSITÀ
DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Via Gramsci, 14 - 43126 Parma
Tel: +39 0521 033184 fax: +39 0521 033185
e-mail: amministrazione.dimec@unipr.it - PEC: DipMedicina@pec.unipr.it

Alla
Direttrice
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università di Parma
PARMA

Parma, ……..

Oggetto: missione all'estero.

Il/La sottoscritto/a ……..... in servizio presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia con qualifica di……, comunica che dal …..…….. al ……..... si recherà in missione a …….. per …….……
…… .

Quanto sopra ai fini dei provvedimenti di autorizzazione di cui all'art. 3 del Regolamento di Ateneo per le missioni approvato con D.R. n. 1107 del 10 maggio 2018.

Con osservanza

……..
(firma leggibile)

Visto
La Direttrice di Dipartimento

……..

Note:
Si precisa inoltre che ai sensi dell'art. 3 del Regolamento di Ateneo per le missioni "qualora la durata presumibile dovesse superare i 15 giorni ed influire sull'andamento dell'attività didattica che l'interessato è tenuto a svolgere, l'effettuazione della missione deve essere sottoposta al parere del Consiglio di Dipartimento di appartenenza cui competono i provvedimenti atti a garantire le regolarità nello svolgimento della suddetta attività".