



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE

Segreteria Amministrativa

Via A. Gramsci, 14 - 43126 Parma - Italia

Cod. Fisc. e P. Iva 00308780345

Telefono: +39 0521/03.3184 - Fax +39 0521/03.3185 - E-Mail: amministrazione.mcs@unipr.it

Al DIRETTORE del
Dip.to di Medicina Clinica e
Sperimentale
SEDE

Parma,

OGGETTO: Autorizzazione missione all'estero

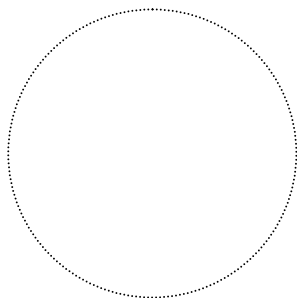
..... sottoscritt... .., in servizio presso
il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale di codesta Università con la qualifica di
....., chiede l'autorizzazione a recarsi in missione a
..... dal giorno al giorno
..... per i seguenti motivi:

.....
.....
.....

Quanto sopra ai fini dei provvedimenti di autorizzazione di cui all'art. 4 del Regolamento di Ateneo per missioni e rimborsi spese approvato con D.R. N° 421 del 07/06/2013.

Con osservanza.

.....
(firma leggibile)



(timbro)

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI
Medicina Clinica e Sperimentale
Prof. Antonio Mutti

.....