



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA SPERIMENTALE  
E CLINICA

	<b>RICHIESTA ATTIVITA' FUORI SEDE/RIMBORSO SPESE dietro presentazione giustificativo spesa</b>	
--	--	--

Al Direttore del Dipartimento

Di \_\_\_\_\_

**SEDE**

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione per rimborso spese sui fondi Scuole**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Chiede

di essere autorizzato a partecipare al \_\_\_\_\_ che si terrà

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

chiede il pagamento della quota di iscrizione di € \_\_\_\_\_ che graverà

sul progetto /fondi \_\_\_\_\_ di cui è assegnatario

il Prof. \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Il Direttore della Scuola

SI AUTORIZZA

Il Responsabile Ufficio /Direttore del Centro di Costo

SI AUTORIZZA

Il Rettore/ Dirigente /Direttore del Dipartimento

DATA