



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE

Prot. N. _____

Palermo, li _____

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI MISSIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
con la qualifica di _____
Matr. _____ Categoria _____ livello _____ presso l'Università di Palermo -
Sede di Servizio _____ C.F. _____
Recapito Telefonico _____ e.mail _____

CHIEDE

di recarsi in missione a _____ dal _____ al _____ per presunti
gg. _____ per la partecipazione a _____
facendo gravare la relativa spesa sul fondo _____ Voce di Bilancio _____
di cui è responsabile il Prof. _____ per una spesa presunta di
€. _____.

Il Richiedente

Si attesta la copertura finanziaria della presente missione sul fondo _____ Voce di
Bilancio _____ per € _____ di cui all'impegno _____ del _____.

Il Responsabile del Procedimento/Il Responsabile Amministrativo

(Per le missioni inerenti le ricerche e/o finanziamenti finalizzati di Ateneo)

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. _____, Responsabile
Scientifico/Responsabile dei fondi _____, Voce
di Bilancio _____,

DICHIARA

che la missione di _____ a
_____ dal _____ al _____ è
pertinente e necessaria alla ricerca e/o connessa con le finalità dei fondi su cui grava la spesa e pertanto
autorizza per l'importo massimo di € _____.

Il/La Responsabile Scientifico della Ricerca/Il Responsabile dei fondi



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE

AUTORIZZAZIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI MISSIONE

Vista la richiesta allegata avanzata dal Prof. _____, prot n. _____ del _____, verificata la connessione fra l'oggetto della missione e le finalità del finanziamento su cui grava la spesa, verificato il rispetto dei vincoli di bilancio, esistendo la copertura finanziaria, autorizza la missione e l'eventuale anticipazione richiesta.

IL DIRETTORE
(Prof.ssa Giuseppina Campisi)
