

Dottorato di ricerca in Storia e Trasmissione delle Eredità Culturali

Prot. n. _____ del _____

Al Coordinatore del Dottorato

Oggetto: Richiesta autorizzazione missione su fondi del Dottorato di Ricerca

Il/La sottoscritto dottorando/a _____

matr. _____, nato/a a _____ il _____

residente in _____ alla via/piazza _____

Codice Fiscale _____

iscritto al Dottorato di Ricerca in Storia e Trasmissione delle Eredità Culturali _____° ciclo

e-mail istituzionale _____ con la presente, ai fini dello svolgimento delle attività di ricerca,

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

a recarsi (località e stato) _____

presso _____ per il periodo dal _____ al _____

per (indicare i motivi) _____

campagna archeologica SI NO *In caso affermativo si dichiara di aver adempiuto a quanto previsto dalle circolari U.A.S. 4189/28.01.16 e S.P.P. 06/28.01.16*

La spesa graverà sui fondi per le attività di ricerca dottorandi _____° ciclo.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la spesa in oggetto è coerente con il programma di ricerca finanziato con i fondi su cui la stessa graverà.

Santa Maria C.V., _____

Il Supervisore

Il Richiedente

Visto si autorizza

Il Coordinatore del Dottorato

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge n. 675/96 e s. m. i.

TRATTAMENTO ECONOMICO DI MISSIONE: LIQUIDAZIONE

Il sottoscritto _____ chiede la liquidazione delle spese sostenute relativamente alla missione preventivamente autorizzata e dichiara sotto la propria personale responsabilità che le spese sono state effettivamente sostenute e che si sono rese necessarie per il conseguimento degli obiettivi prefissati nel progetto di ricerca e che non verranno esibiti per il rimborso ad altra amministrazione. All'uopo allega in originale seguenti documenti giustificativi di spesa:

Elenco delle spese da rimborsare:

- a) Spese di viaggio Euro _____
 - 1. Treno Euro _____
 - 2. Aereo Euro _____
 - 3. Bus/metro Euro _____
 - 4. Taxi Euro _____
 - b) Spese di alloggio Euro _____
 - c) Spese di vitto Euro _____
 - d) iscrizione convegno Euro _____
 - e) altra spesa rimborsabile Euro _____
- Totale Euro _____

sottoscritto inoltre chiede che il relativo importo venga accreditato _____

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Istituto di credito _____

n c/c _____ CAB _____

ABI _____ CIN _____

SWIFT (solo in caso di bonifico estero) _____

DATA ___/___/_____

Firma del richiedente _____