

Policlinico Tor Vergata

Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico - Amministrativi
Rilevazione Presenze Personale Docente/Ricercatore/Categorie Equiparate

CENTRO DI COSTO SEDE IN

AUTORIZZAZIONE SERVIZIO ESTERNO

PROF./ DOTT.

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| COGNOME | NOME | MATRICOLA N. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IN SERVIZIO PRESSO | IN QUALITA' DI | A TEMPO DETER. <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | A TEMPO INDETER. <input type="checkbox"/> |
| | | A TEMPO PARZ. <input type="checkbox"/> |

E' INVIATO/A IN MISSIONE DI SERVIZIO:

DA:

A:

MOTIVO:

- Si autorizza l'uso della propria autovettura:
(Marca e modello _____ Targa _____ Intestata a _____)
- Si autorizza l'uso dei mezzi pubblici;
- Si autorizza l'uso dell'autovettura di servizio: Targa _____.

La missione ha avuto inizio:

alle ore del giorno ed è terminata alle ore del giorno

Firma del Docente Responsabile della Struttura PROF./DOTT.

Il/la sottoscritto/a esonera l'Azienda da ogni responsabilità derivante dall'uso della propria autovettura ai sensi dell'art. 15 – terzo comma- della Legge 18/12/18/12/1973, n. 836.

IL DICHIARANTE PROF./DOTT.
