

AL COORDINATORE DEL COLLEGIO DEL CORSO
DI DOTTORATO DI RICERCA

AL POSTLAUREA
AREA MANAGEMENT DIDATTICO
SEDE

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE PER ATTIVITA' DI RICERCA, FORMATIVE, DIDATTICHE, TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a (*Cognome*)..... (*Nome*).....

Email:n. tel:

Iscritto/a al..... anno del Corso del Dottorato di ricerca in

ciclo.....Curriculum:

CHIEDE

L'autorizzazione a recarsi a: (*luogo*)..... (Prov. __)

(Stato).....presso

.....dal al..... per il seguente

motivo:.....

.....

.....

LA MISSIONE VERRÀ EFFETTUATA CON L'USO DEL MEZZO:

Treno Aereo Nave Altro (specificare)_____

PREVENTIVO DI SPESA PER LA MISSIONE(SI PREGA DI INDICARE COSTI REALI)

Spese viaggio	
Spese vitto	
Spese alloggio	
Quota iscrizione	
Altro (specificare)	

Unistrasi Dottorati

LE SPESE GRAVERANNO SUI SEGUENTI FONDI:

Data _____

*(firma del dottorando/a)

*Allegare documento di identità

Si approva:

Il Supervisore Prof. _____

Si autorizza:

Il Coordinatore Prof. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .

Io sottoscritt_..... autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Luogo data _____

Firma _____