|  |  |
| --- | --- |
| **DIPARTIMENTO DI FISICA E ASTRONOMIA**  **“Galileo Galilei” – DFA**  tel +39 049 8278252  fax +39 049 8278258  [dipartimento.dfa@pec.unipd.it](mailto:dipartimento.dfa@pec.unipd.it) |  |

AUTORIZZAZIONE MISSIONE PER DOTTORANDI

Al Direttore del

Dipartimento di Fisica e Astronomia

SEDE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dottorando/a presso il Dipartimento di Fisica e Astronomia – GALILEO GALILEI, Università degli Studi di Padova (ciclo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), chiede di essere autorizzato/a a recarsi a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

L’attività è attinente al corso di dottorato frequentato.

Si trasmette pertanto, in allegato, la richiesta di rimborso per le spese sostenute nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La spesa è a carico di (indicare):

* *FONDI DI DOTTORATO*
* *FONDI PERSONALI DOTTORATO*
* *FONDI RESPONSABILE SCIENTIFICO*

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***IL COORDINATORE DEL CORSO***

***Prof.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_