

PERSONALE ESTERNO

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Università degli Studi di Roma Tor Vergata

N. Progr.
Roma, li

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE TRASFERTA

Nome e Cognome.....Luogo e data di nascita.....
Residente in via Comune
(.....) provincia Codice fiscale
Qualifica
(Specificare se: dottorando e in tal caso indicare titolo del dottorato e ciclo, assegnista, specializzando e in tal caso indicare la specializzazione o comunque il tipo di rapporto formale con l'università - se presente)
Data INIZIO trasferta Data TERMINE trasferta
Località della trasferta Finalità della trasferta.....
Allegare modulo con i dati anagrafici e la fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Firma nulla osta del coordinatore del dottorato o del direttore scuola di specializzazione

.....

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE DELLE SPESE DI TRASFERTA (da presentare con congruo anticipo)

Il sottoscritto dichiara che la spesa del biglietto di viaggio, e/o di iscrizione al congresso e/o pernottamento è di €..... e allega documentazione giustificativa

Il Richiedente

.....
...
(firma di chi effettua la trasferta)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DI FONDI

La spesa graverà su fondi cap. n. UPB..... di cui il sottoscritto è titolare

.....
Nome e cognome del titolare dei fondi

.....
(firma del titolare dei fondi)

VISTO: SI AUTORIZZA

.....
...
(firma del Direttore del Dipartimento)

PARTE RISERVATA PER I CONTEGGI DELL'ANTICIPAZIONE

Anticipazione per le spese di viaggio €

DATI ANAGRAFICI della persona che chiede il rimborso

Nome.....Cognome.....

Luogo e Data di Nascita.....

Codice fiscale.....

Residente in**Provincia di**.....

Via.....**n.**.....**Cap.**.....**telefono:**.....

Indicare la qualifica: (collaboratore, assegnista, dottorando, eccetera)

.....

DICHIARA CHE

I riferimenti del conto corrente sono:				
Istituto bancario				
Codici ABI		Codice CAB		
Numero c/c		Codice CIN		
Codice IBAN				
Intestato a:				
Il sottoscritto si impegna altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa al predetto conto corrente				

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Data,

Firma

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/6/2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati raccolti con il presente documento saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

I dati, il cui conferimento è obbligatorio al fine di adempiere alle formalità imposte dalla legge, saranno conservati in archivi elettronici e/o cartacei e saranno adottate tutte le misure di sicurezza idonee a salvaguardare i medesimi da rischi di dispersione e di accesso non autorizzato da parte di terzi. Tali dati potranno essere comunicati ad eventuali terzi sempre per le finalità imposte dalla legge. Il titolare dei dati è l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a di poter esercitare i diritti di cui al predetto decreto legislativo.

Mi impegno a a comunicare ogni variazione relativa ai dati anagrafici o all'IBAN

Allegati n° _____ e fotocopia del documento di riconoscimento

Letto, confermato e sottoscritto

Roma, _____

IL DICHIARANTE
