



**MODULO AUTORIZZAZIONE MISSIONE DOTTORANDO**  
*con spese a carico dei fondi del Dottorato di ricerca*

Roma,

Prot. n. \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ dottorando in \_\_\_\_\_

in servizio presso il \_\_\_\_\_

Località missione \_\_\_\_\_

Data inizio \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Data termine \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Finalità \_\_\_\_\_

**Il Dottorando di ricerca**

**Il Coordinatore del Dottorato**

**Il Direttore del Dipartimento**

---

**Parte riservata al Coordinatore del Dottorato**

Il sottoscritto Prof. \_\_\_\_\_ Coordinatore del Corso di Dottorato

\_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità che la spesa per il suddetto viaggio graverà sui fondi del Dottorato \_\_\_\_\_

Dichiaro che nel periodo di durata del viaggio il Dr. \_\_\_\_\_ riveste ancora la qualifica di dottorando.

Roma,

**Il Coordinatore del Dottorato**