



Vicolo dell'Osservatorio, 3
35122 Padova
tel +39 049 8278252
fax +39 049 8278258
ammdip@pd.infn.it
CF 80006480281
P.IVA 00742430283

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 RESPONSABILE SCIENTIFICO*

Padova, _____

FIRMA _____

IL COORDINATORE DEI CORSI
Prof. G. Piotto
