



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CHIRURGIA

VIA MONTPELLIER 1- 00133 ROMA

Telefax 06.20427292

## Modulo di richiesta autorizzazione uso taxi

RIF.: MISSIONE A..... dal .....al.....

Il sottoscritto prof. \_\_\_\_\_ chiede l'autorizzazione all'uso del servizio taxi per i seguenti motivi:

- Sciopero dei mezzi pubblici
- Assenza del servizio pubblico per il raggiungimento della località di missione, o nella località di missione
- Trasporto di materiale pesante, eccezionalmente ingombrante o delicato necessario  
allo svolgimento della missione
- Urgenza

Per il relativo rimborso il sottoscritto si riserva di produrre la documentazione di spesa (ricevuta recante sigla del taxi, luogo, data e ora del servizio).

FIRMA

---

**VISTO SI AUTORIZZA**

**IL TITOLARE DEI FONDI**

---

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

---