



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CHIRURGIA

VIA MONTPELLIER 1- 00133 ROMA

Telefax 06.20427292

Al Direttore del Dipartimento
Segreteria Amministrativa
S E D E

Roma,

Il sottoscritto dovendosi recare da
..... a..... per il periodo dal al..... chiede
l'autorizzazione ad usare il mezzo proprio (art 15. lg 18/12/1973, n.836) per il seguente
motivo:

Il sottoscritto dichiara, sotto la sua personale responsabilità, di sollevare l'Amministrazione
da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso della propria vettura. Il sottoscritto dichiara,
altresì, di essere proprietario del mezzo di trasporto indicato.

Targa automezzo.....

Km percorsi.....

Firma

.....

Visto si autorizza

Il Direttore del Dipartimento