

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEL MEZZO PROPRIO

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Sperimentale e Chirurgia
SEDE

Il sottoscritto.....dovendosi recare
da.....a.....
per il periodo dal.....al.....
per motivi di servizio (.....)
chiede l'autorizzazione ad usare il mezzo proprio per il seguente motivo:

.....
.....
esonero l'Amministrazione stessa da ogni responsabilità circa l'uso del mezzo stesso

Nome, cognome, luogo e data di nascita del dipendente:

.....

Nome, cognome, luogo e data di nascita di ciascuna persona cui sia autorizzato

l'accompagnamento medesimo:

.....
.....
.....

Marca, modello e targa del veicolo utilizzato:

.....

Roma,

Firma

.....

Il Direttore della Cattedra

.....

Il Direttore del Dipartimento

.....