



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CHIRURGIA

**PERSONALE ESTERNO**

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia  
Università degli Studi di Roma Tor Vergata

N. Progr. ....  
Roma, li .....

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE TRASFERTA

Nome e Cognome .....Luogo e data di nascita.....

Residente in via ..... Comune .....(.....)

provincia .....Codice fiscale .....

Qualifica .....

(Specificare se: dottorando e in tal caso indicare titolo del dottorato e ciclo, assegnista, specializzando e in tal caso indicare la specializzazione o comunque il tipo di rapporto formale con l'università - se presente)

Data INIZIO trasferta ..... Data TERMINE trasferta .....

Località della trasferta ..... Finalità della trasferta.....

Allegare modulo con i dati anagrafici e la fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Spazio per il **nulla osta** del coordinatore del dottorato o del direttore scuola di specializzazione

Firma leggibile .....

## **RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE DELLE SPESE DI TRASFERTA (da presentare con congruo anticipo)**

Il sottoscritto dichiara che la spesa del biglietto di viaggio, e/o di iscrizione al congresso e/o pernottamento è di €..... e allega documentazione giustificativa

Il Richiedente

.....  
(firma di chi effettua la trasferta)

## **DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DI FONDI**

La spesa graverà su fondi cap. n. .... UPB..... di cui il sottoscritto è titolare

.....  
Nome e cognome del titolare dei fondi

.....  
(firma del titolare dei fondi)

**VISTO: SI AUTORIZZA**

.....  
(firma del Direttore del Dipartimento)

## **PARTE RISERVATA PER I CONTEGGI DELL'ANTICIPAZIONE**

Anticipazione per le spese di viaggio € .....

**DATI ANAGRAFICI della persona che chiede il rimborso**

Nome.....Cognome.....

Luogo e Data di Nascita.....

Codice fiscale.....

Residente in ..... Provincia di.....

Via..... n. Cap..... telefono:.....

Indicare la qualifica: (collaboratore, assegnista, dottorando, eccetera)

.....

**DICHIARAZIONE RILASCIATA AI FINI DELLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI di cui all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136**

Il sottoscritto	nato a	il
e domiciliato agli effetti del presente atto in		
Via/Piazza		
avvalendosi della facoltà concessa dall'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia in caso di mendaci dichiarazioni, in qualità di legale rappresentante della succitata società.		

**DICHIARA CHE**

I riferimenti del conto corrente dedicato sono:			
Istituto bancario			
Codici ABI		Codice CAB	
Numero c/c		Codice CIN	
Codice IBAN			
Intestato a:			
Sono abilitati ad eseguire movimentazioni sul predetto conto:			
Cognome e Nome		Codice fiscale	
Il sottoscritto si impegna altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa al predetto conto corrente e ai Soggetti autorizzati ad operare su di esso.			

**Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità**

Data,

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/6/2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati raccolti con il presente documento saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

I dati, il cui conferimento è obbligatorio al fine di adempiere alle formalità imposte dalla legge, saranno conservati in archivi elettronici e/o cartacei e saranno adottate tutte le misure di sicurezza idonee a salvaguardare i medesimi da rischi di dispersione e di accesso non autorizzato da parte di terzi. Tali dati potranno essere comunicati ad eventuali terzi sempre per le finalità imposte dalla legge. Il titolare dei dati è l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a di poter esercitare i diritti di cui al predetto decreto legislativo.

**Mi impegno a a comunicare ogni variazione relativa ai dati anagrafici o all'IBAN**

Allegati n° \_\_\_\_\_ e fotocopia del documento di riconoscimento

**Letto, confermato e sottoscritto**

Roma, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_