

**UNIVERSITA' degli studi**

**di NAPOLI "FEDERICO II"**

DIPARTIMENTO di FARMACIA Napoli……………………………

Via Domenico Montesano, 49, NAPOLI.

Al Direttore del Dipartimento di FARMACIA

dell’Università degli Studi “Federico II”

NAPOLI

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA MOBILITA’ PER DOTTORANDI.

In riferimento alle esigenze di formazione dell’interessato, come da Regolamento di disciplina del dottorato di ricerca art. 16, si chiede che venga conferito l’incarico di mobilità al:

Dott. …………………………………….

Codice fiscale : …………………………………………..

Indirizzo: ……………………………………………………………………………………….....

Dottorato di Ricerca:………………………………………………………………………………

Ciclo:………………………………………………………………………………………………

Che si recherà a ……………………………………., dal …………………al …………………..;

presso ……………………………………………………………………………………………...,

per i seguenti motivi: ………………………………………………………………………………..

**Fondo su cui graverà la spesa**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Previsione di spesa:

Spese di viaggio: ………………………….

Spese di soggiorno: ……………………….

Spese di iscrizione o altro: ………………..

TOTALE:………………………………….

IL COORDINATORE DEL DOTTORATO

……………………………………………..

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

***Prof. Angelo A. Izzo***

……………………………….