



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Al Direttore del  
Dipartimento di Scienze chimiche e farmaceutiche

OGGETTO: Autorizzazione Missione

Il sottoscritto Prof. . . . . . in qualità di  
Coordinatore del Dottorato di Ricerca . . . . .  
Ciclo . . . . ., autorizza il dott. . . . .  
a recarsi in missione a . . . . .  
dal . . . . . al . . . . .

Firmato

.....

L'autorizzazione missione va firmata dal coordinatore della scuola di dottorato. Nel caso vi siano degli accordi interni e mediante delega, la richiesta di autorizzazione missione può essere firmata dal tutor

**Università degli Studi di Trieste**

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche  
sedi: - via Licio Giorgieri, 1 (amministrazione)  
- piazzale Europa, 1  
34127 Trieste

dipdscf@units.it  
tel +39 040 558 3902  
tel +39 040 574181-5587943

www.dscf.units.it  
fax +39 040 558 3903  
fax +39 040 52572