



**Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Policlinico - Vittorio Emanuele"
Catania**

AUTORIZZAZIONE A COMPIERE LA MISSIONE

Si autorizza il _____ nato il _____

Residente in _____ via _____ n _____

Qualifica _____ a compiere la missione a _____

Motivo _____

In data _____. La durata della missione è prevista in giorni _____

Catania, _____

Visto: SI AUTORIZZA

Si autorizza inoltre il _____ ad effettuare il viaggio per svolgere la missione di cui sopra per via aerea o marittima a norma dell'art. 13 della L. n. 836/1973.

Catania, _____

Visto: SI AUTORIZZA