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

Al Direttore del Dipartimento

S E D E

**Autorizzazione di Pagamento**

Si dichaiara che il /la dott  ha regolarmente svolto la docenza del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_svolta nell’ambito del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

pertanto si richiede il pagamento per un importo lordo**/**costo totale di **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tale spesa dovrà gravare sull’upb \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di mia competenza.

A tal proposito, considerata la temporanea difficoltà della Segreteria amministrativa alla verifica della disponibilità effettiva della stessa UPB, dichiaro la mia disponibilità a compensare la spesa con altri fondi di mia competenza, qualora si verificasse che da controlli successivi la disponibilità della UPB indicata non fosse sufficiente.

Firma del titolare dei fondi

Digitare il nome e firmare

Si autorizza:

Il Direttore del Dipartimento

Prof.ssa Maria Cristina Cataudella

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