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 sui fondi **digitare denominazione precisa UPB** di mia competenza

Firma del titolare dei fondi

Digitare il nome e firmare

Si autorizza:

Il Direttore del Dipartimento

Prof.ssa Maria Cristina Catuadella

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