



Alla Direttrice del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica

e p.c.
Alla Segretaria del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica

Il sottoscritto prof. _____,
qualifica _____ recapito telefonico _____
al fine di ottenere il rimborso delle spese sostenute, dichiara di aver svolto attività di docenza quale
compito istituzionale/affidamento gratuito per l'A.A. _____
nel Corso di Laurea in _____
insegnamento di _____
presso la sede esterna di _____ nei seguenti giorni (cfr. registro didattico):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- ☐ utilizzo auto propria.
☐ allego documentazione originale dei biglietti di viaggio relativi alle giornate sopra indicate.

In fede

Spazio riservato all'Amministrazione

Tot. gg. lavorati presso la sede esterna _____

Tot. Km effettuati (se utilizzata auto propria) _____

Tot. importo pedaggi autostradali _____

Tot. biglietti di viaggio (treno/autobus) _____