

IMPEGNO SEMINARIO/COLLABORAZIONE SCIENTIFICA

(**DELIBERA C.D. N. DEL**)

Al Dr./Prof. _____
Dipendente presso _____
Ospite del gruppo _____ Invitante Dr./Prof. _____
Si dispone il versamento della SOMMA LORDA di €. _____
Da prelevarsi dal FONDO _____ per:

SEMINARIO/I

COLLABORAZIONE SCIENTIFICA

Titolo seminario/i o Motivo della collaborazione scientifica:

A partire dal _____ periodo presunto _____

Numero seminari _____
Cifra lorda per seminario € _____
Rimborso giornaliero € _____
Rimborso spese viaggio € _____

Data _____

.....
Coordinatore o Responsabile esperimento

.....
Il Direttore (Dr. A. Maggiore)