



Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari  
e Sanità Pubblica

e p.c.  
Al Segretario 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) \_\_\_\_\_