



(Da consegnare al referente amministrativo del dipartimento sede del dottorato che inoltrerà la conferma unitamente al modulo dell'autorizzazione)

AUTORIZZAZIONE SOGGIORNO ESTERO

Al Settore Dottorato di Ricerca
Via Gino Capponi, n. 9
50121 Firenze

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Matricola DT _____

(luogo di nascita) _____ (Prov. _____) (data di nascita) ____/____/____ iscritto al

Dottorato di ricerca in _____

Curriculum in (eventuale) _____ ciclo _____

chiede

l'autorizzazione a recarsi all'estero (per periodi continuativi superiori a sei mesi l'autorizzazione è rilasciata con delibera del Collegio dei Docenti da allegare alla presente)

Stato _____ Città _____

Università o Ente di ricerca _____

dal ____/____/____ al ____/____/____

per _____ (indicare la motivazione del soggiorno)

(firma)

Si autorizza il soggiorno per il periodo indicato

Il Direttore del Dipartimento

Il Coordinatore del corso

Prof. _____

Prof. _____

(luogo e data) _____

(luogo e data) _____