|  |  |
| --- | --- |
| **ORDEN COMISIÓN DE SERVICIOS** | **F-IN-Comp-4** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROYECTO / SERVICIO: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IP |  | | | | | | | | | | | | | | FECHA | | | /     / | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | |  | | | | | | | | | | | | DNI | | |  | |
| TELÉFONO: | |  | | | | | | | E-MAIL | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROPUESTA DE AUTORIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIETAS/RESTAURACIÓN  GASTOS DE TRANSPORTE  ALOJAMIENTO INSCRIPCIÓN  JORNADAS, CONFERENCIAS, CURSOS, ETC.  OTROS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETALLE DEL MOTIVO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Presupuestos, programas, etc.): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA SALIDA | |  | | | | | FECHA REGRESO | | | | |  | | | |  | | | |
| DESPLAZAMIENTO SLICITADO | | | | Avión Tren  Vehículo propio (       Km) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALOJAMIENTO SOLICITADO | | | | | | Localidad | |  | | | | | | Tipo de habitación | | | Doble  Individual | | |
| Fecha de entrada | | | |  | | | | Fecha de salida | | | | |  |
| RESTAURACION Y DIETAS  (indicar presupuesto estimado) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITADO | | | | | REVISADO | | | | | | | | APROBADO | | | | | | |
| EL INTERESADO | | | | | IP / RESPONSABLE DE PROYECTO | | | | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | |
| \* En virtud de las competencias delegadas por el Patronato y según los nuevos Estatutos de la Fundación para la Investigación del Hospital Clínico de la Comunidad Valenciana INCLIVA se autoriza la comisión de servicios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |