|  |  |
| --- | --- |
| **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. |