

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

CAMPOBASSO



DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE "VINCENZO TIBERIO"

Al Responsabile Amministrativo del
Dip.to di Medicina e di Scienze della Salute
"Vincenzo Tiberio"

SEDE

Rimborso spese

 1 sottoscritt _____ chiede il
rimborso di Euro _____, per aver sostenuto la seguente spesa:

Inoltre dichiara che non è stato possibile procedere all'acquisizione di beni e servizi mediante le procedure ordinarie in quanto la spesa, con carattere di urgenza e necessità, non era programmabile e differibile. Chiede, inoltre, che l'importo venga impegnato sul Fondo _____

di cui il Dott./Prof. _____ è Responsabile Scientifico.

- Allega la seguente documentazione:

scontrino fiscale Ricevuta Fattura quietanzata

documentazione attestante il pagamento (per i pagamenti con carta di credito)

Campobasso, _____

firma