



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

RIMBORSO PICCOLE SPESE

Il / la sottoscritto/a _____

gruppo di ricerca del Prof. _____ Cell. _____

chiede il rimborso dell'importo di € _____ in data ____ / ____ / _____

per le spese documentate da **ricevuta fiscale o scontrino fiscale**, di seguito elencate:

Fornitore	Oggetto della spesa	n. allegati	Importo €

UPB: _____ **TOTALE** € _____

MATERIALE DA INVENTARIARE: SI NO

Firma

Il Titolare del Fondo
Prof.

(a cura della Segreteria)

Registrazione Easy n. _____ del _____	INV. n. _____ Buono di Carico n. _____ del _____ UBICAZIONE: _____
UPB _____	TIT. ____ CAT. ____ CAP. ____
Pren. _____ Impegno _____	Liquidazione _____ Mandato n. _____

Il Direttore del Dipartimento _____

Firma per Riscossione _____

Novara, lì _____