



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA SALUTE

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 \_\_\_\_\_