



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. _____

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 € |
|-----------|---------------------|-------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 _____