All’Area Contabilità

Medicina e Chirurgia

SEDE

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE A CORSO DI PERFEZIONAMENTO / MASTER**

Il sottoscritto ………………………………………..…………………………………………………………

in servizio presso il Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento

indicare e-mail e tel. se non strutturati ………………………………………….………………………… con la presente dichiara di aver provveduto al pagamento del contributo di iscrizione al Corso di perfezionamento e aggiornamento professionale / Master …………………………………………………………………………………………………………………. per un totale di EURO………………..., per (motivare perché si è iscritto al CP / Master) …………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..………..

………………………………………………………………………………………………………….………

Il sottoscritto chiede pertanto il rimborso della suddetta spesa e allega:

la ricevuta di iscrizione in originale e la ricevuta di avvenuto pagamento.

La spesa deve essere imputata sul progetto ……………………………………………..

In fede

Firma del richiedente

Il Responsabile del progetto

Il Direttore di Dipartimento

Prof. Andrea Sbarbati

Verona, ……………..