Verona,

All’Area Contabilità

Medicina e Chirurgia

SEDE

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER QUOTE ASSOCIATIVE**

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 della seguente quota associativa …………………………………………………………………………………………………………………..

per un totale di EURO………………..., per (motivare perché si è iscritto all’associazione ed i vantaggi che questa iscrizione porta all’Università) ……………………………………………………..

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

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

Chiede pertanto di provvedere al rimborso delle stesse al sottoscritto e allega:

la ricevuta di spesa 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