



**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE**

Il/La sottoscritto/a

in qualità di  presso questo Dipartimento

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute per la seguente motivazione:

per un totale di €

Chiede, inoltre, che il rimborso avvenga mediante bonifico su conto corrente:

Banca:

IBAN:

SWIFT/BIC:

Data  Firma

Il rimborso graverà sui fondi

Autorizzazione del titolare dei fondi

Autorizzazione del R.A.D.

Prof./ Prof.ssa   
Dott./Dott.ssa

(Dott.ssa Maria La Barbera)



**DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE**

<u>Descrizione spesa</u>	<u>Importo</u>	<u>Doc. All.</u>
1) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
2) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
3) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
4) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
5) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
6) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
7) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
8) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
9) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>
10) <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	n. <input type="text"/>

In riferimento alle suddette spese, il/la sottoscritto/a **ALLEGA** i relative documenti giustificativi di spesa e **DICHIARA** di non percepire, per le stesse spese, somme da altri enti.

Palermo,

\_\_\_\_\_

*(Firma del richiedente)*

N.B. I documenti giustificativi allegati devono essere in originale e firmati dal richiedente