



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

RIMBORSO PICCOLE SPESE

Il / la sottoscritto/a _____

Cell. _____ (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			€

UPB (fondo competenza spesa): _____

Firma

Il Titolare del Fondo
Prof.

Responsabile Ufficio Risorse _____

Il Direttore del Dipartimento _____

(a cura dell'Ufficio Risorse)

Registrazione Easy n. _____ del _____

UPB _____

Impegno _____ Liquidazione _____ Mandato n. _____

Firma per Riscossione _____

Novara, lì _____