

RIMBORSO SPESE

Beneficiario/a del rimborso

Ruolo: Docente/Ricercatore	Dottorando	Assegnista	co.co.co.	esterno
Cognome				
Nome				
Luogo e data di nascita				
Residente in			Prov.	
Indirizzo			n.	
C.a.p.				
Tel./Cell.				
Codice Fiscale				

● **Chiede che siano rimborsate le spese sostenute per aver partecipato:**

Descrizione attività svolta: _____
Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
L'attività svolta ha previsto un compenso? Si No Se sì, si fa presente di allegare il presente modulo alla lettera di incarico
Descrizione analitica delle spese: _____ _____

Dati bancari del beneficiario	
Accredito Bancario presso il seguente Istituto Bancario:	

Cod. ABI	_____
Cod. CAB	_____
c/c bancario nr.	_____
codice IBAN	_____
<i>solo nel caso di Bonifico Estero:</i>	
SWIFT CODE/BIC	_____

Data _____

Firma del richiedente _____

Il Titolare dei fondi

Prof./ssa _____

Autorizza il rimborso

nell'ambito del Progetto _____
con codice UGOV _____

Data _____

Firma del Responsabile del Progetto _____

● **I giustificativi delle spese, tranne quelli in formato elettronico, devono essere prodotti in originale.**