



**RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER  
COLLABORATORI ESTERNI**

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Medico-Chirurgiche e di  
Medicina Traslazionale  
Sede

...l... sottoscritt... ..... codice fiscale .....

Qualifica..... Tel..... Cell..... e-mail

..... chiede il rimborso delle sottoelencate spese in relazione  
all'attività di ..... effettuata in località .....

dal ..... al .....

- Viaggio .....
- Alloggio .....
- Pasti .....
- Spese varie .....
- **Totale €** .....

La spesa graverà sul Progetto ..... di cui è titolare il/la Prof. ....

Data .....

Firma del Richiedente .....

Firma del Titolare dei fondi

Il Direttore

.....

.....