Al Direttore del Dipartimento di Farmacia e SSN

Università della Calabria

SEDE

**Oggetto: Richiesta di rimborso fondo economale per acquisto bene e/o servizio.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID - SOLDI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento di Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione di questa Università, sotto la propria responsabilità, visto il Regolamento del Fondo per la Gestione Economale (D.R. 417 del 5 marzo 2021) chiede il rimborso per le spese di seguito dettagliate:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo Spesa** | **Breve descrizione** | **Nr. Scontrino** | **Data Scontrino** | **Ditta** | **Importo (max 50€)** |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
| Scegliere un elemento. |  |  |  |  |  |
|  | **TOTALE** | | | |  |

Il/la sottoscritto/a dichiara che non è possibile ricorrere alle procedure ordinarie di acquisto (buono d’ordine) per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di aver sostenuto la spesa per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente documentazione fiscale attestante le spese sopra elencate.

Il costo della presente richiesta graverà sul progetto di ricerca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Titolare dei Fondi (se diverso da Richiedente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto si autorizza

Il Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_