

# DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE

**Al Responsabile dei Servizi finanziari**

**ADESIONE QUOTA ASSOCIATIVA SOCIETA’ SCIENTIFICA/ASSOCIAZIONE**

**RICHIESTA DI RIMBORSO**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….. C.F. …………………………………..

afferente al Dipartimento di SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE

chiede il rimborso della Quota Associativa a favore della Società/Associazione ……………………………….. per l’anno …………… e per l’importo di euro ……………….

La suddetta spesa grava sulla voce di costo: …………………….. UPB …………………

CUP …………………………… CO.AN. A01

 imp.n. \_\_\_\_\_\_.

Si allegano alla presente:

1) autorizzazione del Direttore del dipartimento (prot. n. del )

2) fattura/ricevuta rilasciata dalla Società/Associazione intestata al richiedente;

3) copia dell’avvenuto pagamento.

Catania,

Il Richiedente:

Si autorizza:

Il Direttore del Dipartimento