



Foggia, _____

Al Direttore del Dipartimento
SEDE

RISERVATO ALL'UFFICIO

Visto per la disponibilità contabile:
Il Resp. del Servizio Amm. e Contabilità
Sig.ra Francesca Pia Pietradura

VISTO
Il Responsabile dell'Area Amministrazione,
Contabilità, Ricerca, Alta Formazione e
Processi Ava
Rag. Rocco Rosa

VISTO SI AUTORIZZA:

IL DIRETTORE
Prof. Pasquale di Biase

Oggetto:

Richiesta di rimborso spesa

_____, sottoscritt _____ chiede che si proceda
al rimborso delle seguenti spese sostenute:

La spesa presunta ammonta a Euro _____ e graverà sui fondi:

Intestati al _____

_____, sottoscritt _____ desidera, infine, che il pagamento venga effettuato:

CLASSIFICAZIONE PER MISSIONI E PROGRAMMI (D. MIUR N. 21 DEL 16/01/2014):

☐ COFOG 01.4 € _____

☐ COFOG 04.8 € _____

☐ COFOG 09.4 € _____

☐ COFOG 09.8 € _____

☐ COFOG _____ € _____.

Il Titolare dei Fondi (se diverso dal richiedente)

Il Richiedente
