**Prot. N°:**

**Data: \_**

**AUTORIZZAZIONE RIMBORSO SPESE**

(Compilare in stampatello)

Cognome e nome

Qualifica

Fondo di ricerca

Si autorizza il rimborso delle spese che si sosterranno sostenute in occasione del

Periodo

Località

IMPORTO DA PAGARE Euro

Fondi su cui graverà la spesa

# IMPORTANTE: AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA RIMBORSO SPESE BISOGNA ALLEGARE UNA MARCA DA BOLLO DA EURO 2,00.

Firma titolare dei fondi

Visto il Direttore Roma,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Via Della Ricerca Scientifica, 1 – 00133 Roma  www.fisica.uniroma2.it | [fisica@roma2.infn.it](mailto:fisica@roma2.infn.it) | C.F. 80213750583  P. I. 02133971008 |