

MODULO MINUTESPESE

Al Direttore SGA

La/Il sottoscritta/o

dichiara di aver acquistato i seguenti beni

per il seguente motivo

Richiede pertanto il rimborso di Euro

Data,

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Data,

Visto per la copertura finanziaria

Il DSGA

Dott. ssa Maria Rosa Ricaldone

Firma per ricevuta della somma anticipata

Data,

Firma
