



**Università degli Studi di Genova**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE**  
16132 Genova – Viale Benedetto XV, 6 – Tel. +39 010 353.7969 - +39 010 353.8975 – Telefax +39 010 353.7989  
E-mail: [ammdimi@unige.it](mailto:ammdimi@unige.it)    [dirdimi@unige.it](mailto:dirdimi@unige.it) - Partita I.V.A. 00754150100  
Sede decentrata: Viale Benedetto XV, 2

Reg.            del

Il sottoscritto .....

Chiede il rimborso della somma di Euro .....

Per la seguente spesa:

Ditta .....

Descrizione materiale acquistato:

.....  
.....  
.....  
.....

Allega:

- Fattura
- Ricevuta Fiscale
- Scontrino Fiscale
- Ricevuta Poste italiane

Da addebitare sul fondo: .....

Il Responsabile del fondo

Il Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Segretario Amministrativo

\_\_\_\_\_

Firma per rimborso .....

Genova, .....