



**DIPARTIMENTO DI MATEMATICA GUIDO CASTELNUOVO
RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER PROFESSORI VISITATORI**

Il sottoscritto _____

comunica che il Professor _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale italiano _____

Residenza fiscale _____

Qualifica _____

presso _____

Università/Ente _____

Email _____

si è trattenuto a _____ dal _____ al _____

per svolgere attività di ricerca scientifica nell'ambito del gruppo di cui il sottoscritto fa parte.
Si chiede quindi alla Segreteria Amministrativa di voler provvedere al rimborso delle spese sul
progetto di Ricerca _____

intestato al prof. _____

Indicare le cifre esatte per le quali viene chiesto il rimborso.

alloggio € _____

da rimborsare all'ospite (allegare ricevuta/fattura intestata all'ospite)

pasti

Totale € _____

su presentazione di scontrini/ricevute/fatture (inserire i costi dei singoli pasti e il totale)

viaggio € _____

mezzo _____

su presentazione di biglietto originale e carte d'imbarco in caso di aereo.

TOTALE RIMBORSO € _____



Alla richiesta di rimborso va allegata copia del documento di identità e del codice fiscale italiano dell'ospite e lettera di invito o locandina del convegno.

MODALITÀ DEL RIMBORSO (compilare la parte che interessa)

Rimborso tramite accredito su conto corrente italiano intestato al Professore Visitatore

Banca

Agenzia di _____ Indirizzo _____

c/c n. _____ intestato a _____

ABI _____ CAB _____ CIN _____

IBAN _____

Rimborso tramite accredito su conto corrente estero intestato al Professore Visitatore

Bank

address

City _____

Country _____

checking account n. _____ headed to _____

IBAN

SWIFT/BIC

eventual other codes

Luogo e data _____

Firma del richiedente fondi

Firma del Professore Visitatore

DIPARTIMENTO
DI MATEMATICA
GUIDO CASTELNUOVO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Firma del Responsabile del Progetto di Ricerca

Firma del Responsabile Amministrativo Delegato Firma del Direttore del Dipartimento
