|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **Economo/Responsabile Amministrativo del Centro di Gestione** |
|  |  |

**Oggetto: Effettuazione della spesa in contanti ed eventuale richiesta di rimborso fondi**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, previamente autorizzato all’effettuazione di una spesa in contanti,

Dichiara *(barrare l’ipotesi che interessa)*

* Di aver avuto anticipata dal Resp. del Centro di Gestione la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di aver speso la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’acquisizione del/i seguente/i bene/i:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione del bene/servizio** | **Ditta fornitrice** | **Partita IVA** | **Importo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  **TOTALE DA RIMBORSARE** |  |

* Di restituire la differenza della somma anticipata e non spesa pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Allega *(barrare l’ipotesi che interessa)*

* Scontrino fiscale;
* Ricevuta fiscale;
* Fattura;
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* Il Responsabile del Centro di Gestione, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, verificata la documentazione presentata, liquida la spesa in € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Il Responsabile del Centro di Gestione, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, verificata la documentazione presentata, provvede a rimborsare la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsabile Centro di Gestione** | **Per ricevuta (il Richiedente)** |
|  DOTT.SSA MONICA SCALONE |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |