

marca da
bollo da
€ 2,00

Spett.le
Azienda Ospedaliero
Universitaria – Cagliari
Via Ospedale n. 54
09123 - Cagliari

Notula N° del / /201____

RICHIESTA DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____
via _____ n. _____ Cod. Fisc. _____ ,
Tel. _____, email _____ in servizio
presso: _____, Qualifica _____

CHIEDE

Il pagamento dell' attività di **docenza e rimborso spese per un totale di €.** _____
svolto presso il corso _____
svolte nel periodo _____, per un totale di ore _____.

Luogo e data

Firma