

Modulo allegato B

Al Responsabile gerarchico (specificare)
SEDE

Trieste, _____

Oggetto: Richiesta autorizzazione versamento quota associativa

Il sottoscritto Prof.(ssa)/Dott.(ssa)/Sig.(a) _____

chiede l'autorizzazione a sostenere la spesa relativa alla quota associativa versata all'Associazione
_____.

A tal fine dichiara che le attività svolte dall'Associazione hanno stretta attinenza con le attività di ricerca condotte dallo scrivente e dal Dipartimento in quanto: (barrare una o più voci)

- attinenti ai temi di ricerca e di didattica del settore scientifico disciplinare di riferimento;
- coerenti con i temi e con gli obiettivi della ricerca su cui grava la spesa;
- accesso gratuito o a tariffe agevolate a banche dati, libri e riviste;
- prezzi agevolati per la partecipazione a convegni e seminari;
- altre motivazioni. Specificare _____

e che l'Associazione non accetta pagamenti da persona diversa del richiedente.

L'ammontare della quota associativa è di € _____ e il rimborso deve gravare sui fondi (indicare il progetto contabile su cui far gravare i fondi). _____.

Alla presente richiesta è allegata la seguente documentazione:

1. dichiarazione in cui l'associazione dichiara di non accettare pagamenti da persone diversa dal richiedente
2. evidenza della quota associativa da pagare
3. altro _____

Il sottoscritto si impegna, a pagamento avvenuto, a far pervenire idoneo documento attestante l'esecuzione dello stesso (ricevuta, fattura, estratto addebito, ecc.).

Distintamente

Il Richiedente

Firma per visione
Il Responsabile gerarchico
