



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE VENETO

Azienda Ospedale-Università Padova

Sede legale: Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova – Cod. Fisc. 00349040287 Tel. 049 8211111

**DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO CASSA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI
OSPEDALE**

Vista la richiesta ed effettuati gli accertamenti contabili necessari, l'operatore cassa

Procede:

- al rimborso in contanti della somma di euro _____ dalla cassa _____
- all'invio della pratica alla UOC Contabilità e Bilancio
- all'emissione della copia conforme del documento di pagamento

Non è in grado di procedere per il seguente motivo

Data _____

Il Cassiere _____

RICEVUTA IN CASO DI RIMBORSO IN CONTANTI

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto la somma di

euro _____ a soddisfazione della contestazione

Data _____

Firma _____

In caso di delega al ritiro del rimborso si allega alla pratica

- delega sottoscritta
- documento di identità del delegato