



Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari  
e Sanità Pubblica

e p.c.  
Al Segretario del Dipartimento di  
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari  
e Sanità Pubblica

Il sottoscritto chiede il pagamento  
il rimborso  
di euro \_\_\_\_\_ (come da documento allegato) quale quota associativa a  
\_\_\_\_\_ intestata a  
\_\_\_\_\_ relativa all'anno \_\_\_\_\_.

Si dichiara che l'iscrizione alla suddetta Società è strettamente correlata alle attività di ricerca in corso e di interesse della struttura (Titolo V – Capo XI - art. 92 del Reg. di Ateneo per l'Amm.ne, la finanza e la contabilità - D.R.3855/2017).

Il sottoscritto si impegna a non richiedere il rimborso per la medesima quota associativa presso altri enti pubblici o privati.

La spesa graverà sul Fondo/Progetto \_\_\_\_\_.

Padova, \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Fondo/Progetto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si autorizza  
Il Direttore  
Prof. F. Rea