



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**DSS**  
DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE DELLA SALUTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

C.F. \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

a rimborsare le spese generate dall'acquisto a suo nome dei servizi alberghieri e/o di biglietteria effettuato dal Dipartimento di Scienze della Salute (DSS) a seguito di richiesta presentata dal/la Prof./Prof.ssa

\_\_\_\_\_ in occasione del

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

qualora gli stessi servizi non siano stati utilizzati e si realizzi una delle seguenti condizioni:

- 1) non ne sia stato richiesto l'annullamento;
- 2) la richiesta di annullamento sia stata tardiva e siano comunque stati generati costi a carico del DSS, comprese penali.

Allega copia del documento di identità.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Luogo)

(Data)

\_\_\_\_\_

(Firma)