

Data: _____

Modulo Rimborso Spese:

Membro Consiglio Direttivo: (specificare la carica) _____

Membro Revisore dei Conti: (specificare la carica) _____

Membro Commissione d'Albo: (specificare) _____

Data	Descrizione	Soggiorno	Trasporti	Rimborso km		Pasti	Ticket autost rada	Parcheggio	Altre spese*	TOTALE COMPLESSIVO	Importi pagati con Bancomat Ordine	Importo da corrispondere
				Km	importo al km							



TOTALI		€ 0,00	€ 0,00								

Annotazioni: In GIALLO le spese da corrispondere al richiedente; in VERDE le spese pagate con la carta/bancomat dell'Ordine.

E' OBBLIGATORIO allegare ricevuta fiscale di tutte le spese effettuate e indicare la data in cui sono state effettuate.

*Note: *specificare il tipo di spesa*

Rimborso km:

Data:

Firma

Il richiedente:



SPAZIO RISERVATO ALLA TESORERIA:

VISTO ED APPROVATO

IL Tesoriere	Il Presidente	Il Segretario