

NOTA SPESE SOSTENUTE

Nome e Cognome _____ Residente a _____

Via _____ N° _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tess.n.

--

Recatosi a _____ il _____ Qualifica _____

Partenza il _____ Ore _____ Ritorno il _____ Ore _____

CONVOCATO DA _____

MOTIVO DELLA CONVOCAZIONE _____

RIMBORSO FORFETTARIO OMNICOMPRESIVO - €

MEZZI DI TRASPORTO

1	Treno 2 [^] classe + eventuale suppl. rapido (1)	€.	
2	Aereo (2)	€.	
3	Mezzi pubblici extraurbani	€.	
4	Autov. propria km.	€. 0.25 x km (2)	€.
5	Pedaggi Autostradali	€.	
6	Spese varie documentate	€.	
Totale spese di viaggio			€ A

SPESE DI TRASFERTA

1	Pasti n.	€.	x pasto	Tot. €.	
2	Pernott. n.	€.	x pernottato	Tot. €.	
Totale spese di trasferta					€. B
Totale spese da liquidare A+B					€.

FIRMA

(1) Non rimborsabile senza la necessaria documentazione

(2) Esclusivamente su autorizzazione scritta da parte della Segreteria Federale FIHP