Timbro OdV	CR-ANPAS FEDERAZIONE VOLONTARI DEL SOCCORSO VDA Località Grand Chemin, 24 11020 – SAINT CHRISTOPHE (AO) federazione@volontaridelsoccorsovda.it Tel. 0165/267640 Fax 0165/362125

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE PERSONALE VOLONTARIO

DATI DIPENDENTE			
		Cognome	Nome
INDIRIZZO	N°	CODICE FISCALE	
COMUNE	PROV.	RECAPITO TELEFONICO	

Dati occorrenti per bonifico bancario/postale						
Codice IBAN (27 caratteri)						
	Paese	CIN EU	CIN ITALY	COD. ABI	COD. CAB	N° CCB

NOTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER ATTIVITA' DI RAPPRESENTANZA PER:
(segnare la natura della richiesta di rimborso)

RIUNIONE	☐	FORMAZIONE	☐	SERVIZIO	☐

Servizio svolto a:		data:	
Oggetto:			

Con la presente si richiede il rimborso delle spese sostenute per l'attività di volontariato nel rispetto dell'art.2 comma 2 della Legge 266/91.

Km autorizzati da effettuarsi con auto propria ad 1/5 prezzo carburante	Km 00 x €/Km 0,30	€ 00,00
Spese Viaggio (Aereo/Treno/Nave) Treno	SOLO RITORNO ☐ A/R ☐	€ 00,00
Autostrada*		€ 00,00
Pasti consumati **	N. 0 € 00,00	€ 00,00
Pernottamenti***	N°0 a € 00,00	€ 00,00
Varie		€ 00,00
	Totale	€ 00,00

Attenzione non verranno accettate richieste di rimborso via Fax e senza originali dei giustificativi allegati al presente modulo.

Firma VdS

_____

Data _____

Timbro O.d.V. e firma Presidente

_____