AL COMITATO REGIONALE CONI FRIULI VENEZIA GIULIA
Via dei Macelli, 5
34148 - TRIESTE

Marca da bollo: € 1,81 se l'importo supera € 77,47

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO

DATI ANAGRAFICI:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____

Residenza: Via _____ N. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

CODICE FISCALE _____

Dichiara di aver sostenuto le seguenti spese:

DATA	DESTINAZIONE	KM	€ (1/5 costo benzina)
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
	Totale spese chilometriche		-
	pedaggi autostradali (Allegati n……..tagliandi)		
	TOTALE	EURO	**-**

Esente dall'IRPEF ai sensi del DPR 22/12/1981 e della Legge 25/3/1986 n. 80

Firma per ricevuta _____

Luogo e data _____