

COLLABORATORE

RICHIESTA RIMBORSO SPESE PIE' DI LISTA E INDENNITA' FORFETTARIE

NOME COGNOME

ESTREMI INCARICO

CID

DATA

N. TRASFERTA

NUMERO

DATA

CdC/WBE

NOTE

Contiene biglietteria e servizi viaggio prepagati dall'Azienda

SI ☐ NO ☐

DATA RICEVIMENTO.....

(Amministrazione del Personale)

Firma controllo Amministrazione del Personale.....