

# DIPENDENTE

## RICHIESTA RIMBORSO SPESE PIE' DI LISTA E INDENNITA' FORFETTARIE

NOME COGNOME .....

CID .....

N. TRASFERTA .....

DATA .....

CdC/WBE .....

NOTE .....

Contiene biglietteria e servizi viaggio prepagati dall'Azienda

SI ☐ NO ☐

DATA RICEVIMENTO.....  
(Amministrazione del Personale)

Firma controllo Amministrazione del Personale.....