



FEDERAZIONE
ITALIANA
PALLACANESTRO

Spett.le F.I.P.
Via Vitorchiano, 113
c.a.p. 00189 Roma - Rm



RICHIESTA RIMBORSO SPESE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ Via _____

In qualità di _____

Trasferimento dalla propria abitazione in _____ Prov. _____

a _____ Prov. _____

Per il seguente motivo _____

Partenza _____ ore _____ Ritorno _____ ore _____

RENDICONTO SPESE

Autovettura (Km _____ x € _____)	€		Spazio riservato F.I.P.
Aereo _____	€		
Treno _____	€		
Autostrada _____	€		
Varie _____	€		
Spese Viaggio	€		

Sollevando la F.I.P. da ogni responsabilità per danni eventualmente cagionati a se stessi ed a terzi in caso di utilizzo di automezzo proprio

Pernottamento _____	€		
Varie _____	€		
Gettone di presenza _____	€		
Spese vitto + alloggio	€		
TOTALE SPESE	€		

DATI PER IL PAGAMENTO:

A.b.i.

C.a.b.

c/c n.

cin

CELL. _____

E-MAIL _____

Settore

CRAM

Obiettivo

delibera

C.E.B.

Firma dell'interessato
