

COOPERATIVA SOCIALE ACLI-SOC. COOP. ONLUS

Modulo di richiesta rimborsi diversi

SOCIO LAVORATORE _____
VOLONTARIO cognome e nome

DIPENDENTE _____
cognome e nome

CODICE COMMESSA _____

Periodo: _____

Il sottoscritto chiede gli vengano rimborsate le seguenti spese documentate con le modalità indicate nella specifica Procedura

DATA	IMPORTO	DESCRIZIONE SPESA	MOTIVO
TOTALE			

FIRMA DEL LAVORATORE

FIRMA DI AUTORIZZAZIONE

Spazio riservato ai giustificativi