

		Nominativo			Carica		Causale trasferta		
Consiglio Direttivo									
Commissione d'Albo									
Collegio Revisori dei Conti									
Collaboratore									
Data	Descrizione	Soggiorno	Trasporti	Pasti	Ticket autostradale	Parcheggio	TOTALE	Importi pagati da terzi	Importo non accettato
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
							€		
TOTALI		€	€	€	€	€	€	€	€
PAGATO CON: ☐ carta di credito personale ☐ contanti									
* IBAN sul quale si richiede venga accreditato l'importo da rimborsare: _____									
Note:									
Autorizzato dal Presidente dell'Ordine					Controfirmato dal Segretario e Tesoriere				

Luogo e data _____

Firma del/la richiedente _____

* Il rimborso delle spese sostenute è subordinato alla presentazione della documentazione prevista (nota spese, ricevute di pagamento/scontrini).