



*Associazione Nazionale Paracadutisti d' Italia*  
*Presidenza Nazionale*  
*- Segreteria Amministrativa -*

**NOTA RIMBORSO SPESE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

MISSIONE DA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

ORDINATA DA \_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_\_\_

PERIODO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**COORDINATE IBAN**

**ED ESATTA INTESTAZIONE CONTO PER RIMBORSO** \_\_\_\_\_

BIGLIETTI AEREO	N.		
BIGLIETTI FERROVIE	N.		
BIGLIETTI NAVE	N.		
AUTOBUS, TRAM, METRO	N.		
AUTOVETTURA (*)	KM.	X 0,20	
PEDAGGI AUTOSTRADALI (*)	N.		
PARCHEGGI (*)	N.		
PASTI	N.		
ALBERGO	GIORNI		
ALTRO			
<b>TOTALE</b>			

(\*) solo se preventivamente autorizzato

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

VISTO PER PAGAMENTO: