

NOTA DI LIQUIDAZIONE PER ASSISTENZA AGLI ALLENAMENTI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ e residente a _____ (____) CAP _____ in Via/Piazza
_____ nr. ____ C.F. _____

DICHIARA di aver effettuato in qualità di **ASSISTENTE** alla Segreteria ed alla gestione nei mesi di _____.

1. SOMME DA RIMBORSARE

A) Spese mediche (documentate)

Nr. ____ Visita sportiva Eu. _____

Nr. ____ Sedute fisioterapia Eu. _____

Totale Eu. _____

2. INDENNITA' CHILOMETRICA

Percorrenza da (vedi allegato)

Km. _____ a Eu. _____

3. INDENNITA' E RIMB. FORFETTARI

Eu. _____

TOTALE Eu. _____

Dichiarazione del percipiente

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver effettuato le missioni/prestazioni così come sopra indicato.

Data ____/____/____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di non aver superato, con il pagamento della suddetta indennità o rimborso forfettario, il limite di Eu. #7.500,00 previsto dall'art. 90, L. 289/2002.

Data ____/____/____

Firma _____