

CARTA INTESTATA AZIENDA

RIMBORSO CHILOMETRICO

MESE/ANNO _____ / _____

Lavoratore: _____

Modello autovettura:

Targa:

DATA	MOTIVO DELLO SPOSTAMENTO	KM	€ / KM	TOTALE €
	TOTALI			

Data _____

Firma dipendente / collaboratore _____

si allegano i documenti comprovanti le spese