ALLEGATO 2

RIMBORSI PER INDENNITÀ CHILOMETRICA

Il sottoscritto _____ cod. dip. ____ dichiara di ricevere dall'azienda _____ il rimborso chilometrico per viaggi con la propria autovettura su incarico aziendale.
Periodo: _____ Autovettura: _____ Targa: _____ Tariffa ACI €/km: _____

Data	Partenza - Destinazione	Motivo / Presso	Km

Totale km _____ Totale rimborso € _____

Data _____ Firma del dipendente _____