FRC

| Cognome e nome | Mese | Anno | COMUNE SEDE ABITUALE DI LAVORO |
|---|---|---|---|
| | | | COMUNE SEDE DEL SERVIZIO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO (se diverso dalla sede assegnata) |

| Dati dell'automezzo → | TARGA | TIPO | NOME DEL SERVIZIO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Giorno | Partenza | Tragitto | KM DENTRO COMUNE DI LAVORO | KM FUORI COMUNE DI LAVORO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Dichiarazione di veridicità e di responsabilità**

*Firmando nel riquadro a fianco dichiaro ed attesto che le percorrenze ed i chilometri sopra indicati corrispondono a quelli da me effettivamente percorsi per servizio, utilizzando il mio autovemezzo. Mi assumo ogni responsabilità di quanto ho scritto e dichiaro in questo foglio, sia nei confronti della Cooperativa che dell'Ente presso cui presto servizio.*

**Firma socia/o Dipendente**

**Firma e autorizzazione Responsabile**

**Data**

| **Totale kilometri dentro comune di lavoro** → | | **Totale kilometri fuori dal comune di lavoro** | |
|---|---|---|---|

| Riservato all'Ufficio | | | |
|---|---|---|---|
| Totale Km nel comune | Importo | Totale km fuori comune | Importo |
| Centro costo | | FOGLIO_____DI_____ | |