COMUNE DI GALZIGNANO TERME

Provincia di Padova

Oggetto: Richiesta rimborso mensile del servizio sostitutivo della mensa.

Al Responsabile
dell'Ufficio del Personale
S e d e

Il dipendente _____ chiede il rimborso della quota spettante per il servizio sostitutivo della mensa relativo al mese di _____

Si allegano le ricevute fiscali e/o le fatture delle spese sostenute.

DATA	IMPORTO PAGATO	QUOTA DA RIMBORSARE (2/3)	DATA	IMPORTO PAGATO	QUOTA DA RIMBORSARE (2/3)
			TOTALE		

Galzignano Terme, lì _____

IL DIPENDENTE

_____

Visto: Il Responsabile del Servizio

_____