



**Ordine**  
dei Tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
**Trapani**

## NOTA SPESE PER RIMBORSO CHILOMETRICO

**NOME E COGNOME**

**CARICA**

**Mezzo proprio:**

(Allegare tabella rimborsi chilometrici)

<b>Data</b>	<b>Itinerario</b>	<b>Motivazione</b>	<b>Delibera Convocazione</b>	<b>Km</b>	<b>€/km</b>	<b>Importo</b>

**TOTALE SPESE**

**Coordinate bancare per il rimborso - IBAN**

**Intestatario del Conto Corrente**

**DATA**

**FIRMA DELL'INTERESSATO**

**IL PRESIDENTE**

**IL SEGRETARIO**

**IL TESORIERE**