



RICEVUTA PER RIMBORSO SPESE del _____

copia associazione [] copia ricevente []

Il/La sottoscritto/a socio _____ chiede il rimborso delle seguenti spese sostenute per visite guidate al Centro Visite "Marcello Ceccarelli" di Medicina (BO) nelle date _____.

VOCI

Viaggio/Trasporto materiale (da compilare sia per visite infrasettimanali che nel fine settimana)

N. visite

_____ x 28 Euro a viaggio (87 Km effettuati con auto propria da/per Area della Ricerca di Bologna - Stazione Radioastronomica di Medicina) €* _____

_____ x 2,40 Euro a viaggio A/R (Autostrada A/R per Medicina) € _____

RIMBORSO FORFETTARIO

(da compilare solo le voci corrispondenti a *visite infrasettimanali* o *visite nel fine settimana*, secondo il caso)

_____ x 9,60 Euro, per *visite infrasettimanali* € _____

_____ x 14,60 Euro per *visite nel fine settimana* € _____

_____ Spese generiche (x 10 Euro, solo per le *visite nel fine settimana*) € _____

Totale rimborso € _____

Visto, l'associazione autorizza la spesa _____

(firma resp.le Sofos)

(data)

Il/La sottoscritto/a socio _____

dichiara di aver ricevuto il rimborso delle spese sostenute

_____ (firma del socio)

_____ (data)

* Si ricava dal costo del carburante medio (1,6 euro/litro) diviso 5 per numero di chilometri, arrotondato all'unità.