ALLEGATO D

FILIERA _____

Rimborso chilometrico viaggi mese di _____

Nome e Cognome _____

Data partenza gg/mm/aa	oraio	Data ritorno gg/mm/aa	orario	Motivo del Viaggio	Percorso Effettuato	Km totali	euro/Km	Totale costo viaggio
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
								-
							Totale chilometri	**Totale costo** -

Il Facilitatore
(firma leggibile)