

**Croce Rossa Italiana
Comitato del Basso Veronese
Delegato Area 1**



Croce Rossa Italiana

Data: ___/___/_____

Nota n°

Allegati:

Oggetto: Richiesta Rimborso

Alla cortese attenzione:

Presidente Comitato Basso Veronese

e p.c.

Segreteria Comitato Basso Veronese

Delegato Area Salute

Responsabile Trasporti Sanitari di Sede

Il Sottoscritto/a volontario/a _____ appartenente al sopracitato Comitato di CRI ed in forza presso la sede di _____, chiede il rimborso previsto e regolamentato dal verbale consiliare di Comitato del 5 Maggio 2016.

Il sopracitato volontario/a dichiara di aver svolto nel mese di _____, anno _____ i seguenti trasporti contrassegnati nella griglia sottostante.

Giorno	n. trasporti effettuati	Giorno	n. trasporti effettuati	Giorno	n. trasporti effettuati
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20		31	
10		21		Totale	
11		22			

Il sottoscritto volontario/a firmatario/a accetta, senza riserve, le condizioni sul rimborso espresse nel Verbale Consiliare del 5 Maggio 2016. Il numero dei servizi effettuati è soggetto a verifica da parte del responsabile trasporti e della segreteria di Comitato; il modulo va inoltrato entro il decimo giorno del mese successivo di riferimento.

Firma del Volontario/a

Firma del responsabile trasporti di sede

www.cri.it

**Un'Italia
che aiuta**

Associazione della Croce Rossa Italiana
Comitato del Basso Veronese
Via Sansovino, 7 - 37053 Cerea, (VR)
cl.bassoveronese@cri.it | 0442 330500
C.F. e P. IVA 04223430234