

Alla C.A. del
Co.As.Sc.It. Hannover e.V.
Königsworther Str. 2
30167 Hannover

Luogo: _____

Data: __/__/____

La/il sottoscritto/a _____ collaboratrice/collaboratore del Co.As.Sc.It.
Hannover e.V. in qualità di

docente del corso di _____ presso _____

altro progetto _____

richiede

il rimborso del seguente importo:

____,____ € per _____

spesa effettuata in data __/__/____

____,____ € per _____

spesa effettuata in data __/__/____

____,____ € per _____

spesa effettuata in data __/__/____

Totale:

____,____ €

Data

Firma