



ASSOCIAZIONE DIPENDENTI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ' APS

Via del Castro Laurenziano n. 25

00161 Roma

MODULO ACCONTO

Il/La Sottoscritto/a _____

Delegato/a a svolgere per nome e per conto dell' Associazione Dipendenti Istituto Superiore di Sanità APS, l'attività:

O DAL _____ AL _____

OPPURE

O IL GIORNO _____

RICEVE LA SOMMA:

O CONTANTI € _____

O ASSEGNO € _____

PER UN TOTALE DI € _____

O A SALDO

O IN ATTESA DI RESOCONTO

Roma, _____

Il Responsabile dell'attività

Il Tesoriere