



**ASSOCIAZIONE DIPENDENTI  
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ APS**  
Via del Castro Laurenziano n. 25  
00161 Roma

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ DELEGATO/A  
A SVOLGERE PER NOME E PER CONTO DEL DOPOLAVORO ISTISAN, L'ATTIVITÀ:

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

OPPURE

IL GIORNO \_\_\_\_\_

**RICEVE LA SOMMA:**

CONTANTI € \_\_\_\_\_

ASSEGNO € \_\_\_\_\_

**PER UN TOTALE DI** € \_\_\_\_\_

A SALDO

IN ATTESA DI RESOCONTO

Roma, \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'attività

Il Tesoriere

Il Presidente