



ASSOCIAZIONE DIPENDENTI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ APS

Via del Castro Laurenziano n. 25

00161 Roma

MODULO RESOCONTO

RESOCONTO ATTIVITA' _____ DEL _____

Soci n° _____ Quota iscriz. € _____ Totale quote € _____

Non Soci n° _____ Quota iscriz. € _____ Totale quote € _____

Totale Partecipanti _____ **Totale Entrate €** _____

Numero Totale di _____ scontrini fiscali e/o ricevute o fatture:

Descrizione:

1.	_____	€ _____
2.	_____	€ _____
3.	_____	€ _____
4.	_____	€ _____
5.	_____	€ _____

Totale Uscite € _____

Contributo Associazione € _____

NOTE

Roma, _____

Il Responsabile dell'attività

Il Tesoriere

Il Presidente