C.O.N.I. **F.I.T.**

DISTINTA RIMBORSI SPESE AI CONCORRENTI (1)

AFFILIATO ORGANIZZATORE _____ CON SEDE O LOCALITÀ _____

MANIFESTAZIONE _____ SEDE O LOCALITÀ _____

SVOLTASI DAL _____ AL _____ GARA _____

N.	COGNOME E NOME	GIORNI	TARIFFA GIORN.	IMPORTO	EVENTUALE RITENUTA	IMPORTO PAGATO	FIRMA PER QUIETANZA