



Il/La sottoscritto/a:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Nato/a: \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
aderente al Gruppo FUCI di Padova.

CHIEDE:

che vengano rimborsate le spese sostenute per la partecipazione al/alla \_\_\_\_\_,  
evento nazionale organizzato dalla FUCI, svoltosi a \_\_\_\_\_ in data  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_ per un importo pari a \_\_\_\_\_€

Data, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

In fede,  
Firma: \_\_\_\_\_