

COMUNE DI SAN PIETRO A MAIDA

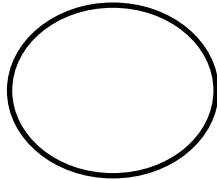
all. B)

MODELLO DI RENDICONTAZIONE BUONI SPESA EMERGENZA COVID 19 SOSTEGNO ALIMENTARE

INTESTAZIONE:

DATA PRESENTAZIONE

____/____/____
GG / MM / AAAA

DATA SCONTRINO	NR SCONTRINO	TOT IMP SCONTRINO	BUONI NUMERO	TOT BUONI	IMP TOT BUONI	
					-	TIMBRO E FIRMA  _____
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	TOTALE RENDICONTAZIONE
					-	
					-	
					-	