



FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO
COMITATO PROVINCIALE DI UDINE

COMMISSIONE PROVINCIALE ARBITRI

Modello RTP

Cognome _____ Nome _____ codice mecc. N° _____
designato quale _____ per la gara N° _____ del Campionato _____
tra le squadre (casa) _____ (ospiti) _____
partito da _____ in data _____ alle ore _____ rientrato in data _____
alle ore _____ gara disputata a _____ in data _____ **alle ore** _____

SPESE DI VIAGGIO E TRASFERIMENTO	NOTE	IMPORTO IN EURO
Auto propria (1)	Km. X €	
Percorso		
Da soli _____ Con il collega _____		
Pedaggi autostradali		
Biglietto autolinee urbane o extra urbane		
Francobollo		
TOTALE SPESE	(a)	

SPESE DI SOGGIORNO	IMPORTO IN EURO
Pasti	Numero
TOTALE SPESE	(b)

INDENNITÀ DI TRASFERTA	NOTE	IMPORTO IN EURO
Importo esente (gare dilettantistiche)	(y)	
TOTALE	(c)	

TOTALE NETTO (a+b+c) = €

BOLLO
€ 1,29
per importi
superiori a
€ 77,47

Data, li _____ Firma _____

(1) vedi autorizzazione separata

ATTENZIONE COMPILARE IL RETRO



DATI ANAGRAFICI

(questa parte DEVE essere compilata da coloro che non posseggano il codice meccanografico amministrativo o che abbiano recentemente cambiato residenza)

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

luogo di nascita _____ prov. _____ residenza _____

(prov.) _____ Via/piazza _____ numero _____ cap. _____

tel. _____ fax _____ codice fiscale _____

MODALITA' DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO
(a cura del richiedente)

Si chiede di bonificare le somme dovute sul seguente conto corrente bancario e/o postale:

Istituto di credito: _____ Agenzia n. _____

Via _____ Città _____ CAP _____

Numero conto corrente _____ ABI _____ CAB _____

ATTENZIONE

**LA NOTA SPESE PRESENTATA NON SARA' LIQUIDATA
SENZA LA COMPILAZIONE INTEGRALE DELLA PRESENTE**

Dichiarazione

Il sottoscritto, dichiara di NON aver percepito compensi della stessa natura, erogati da altri soggetti. Nel caso in cui il sottoscritto percepirà analoghi compensi da altri soggetti, si impegna ad darne immediata comunicazione secondo il modulo riportato qui di seguito.

Data, li _____ Firma (leggibile) _____

Al Comitato Provinciale F.I.P.
Via Longarone, 28 - 33100 UDINE

Oggetto: autocertificazione ex art.2, comma II, DM 26/11/1999 numero 473, in attuazione dell'art.25, Legge 13/5/1999, numero 133 e ex art. 37, legge 342/2000.

Il sottoscritto,
dichiara di avere percepito:
da altre società sportive dilettantistiche (art.2, comma IV DM 26/11/1999, numero 473) € _____

dalla Federazione Italiana Pallacanestro _____ € _____
Nazionale Regionale Provinciale _____ € _____

Data, li _____ In fede. (firma) _____