

HALMASHAURI YA WILAYA YA KILOSA



FOMU YA MAOMBI YA EXTRA DUTY ALLOWANCE

Tunathibitisha/ninathibitisha kufanya kazi ya:

.....
.....
.....

Toka tarehe mpaka kwa
idhini ya

(Cheo cha Mkuu wa Idara aliyetoa kazi na kupewa kibali na Mkurugenzi)

Na.	Jina kamili	Siku	Kiwango cha malipo	Jumla	Sahihi ya mwombaji
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					

A: MAONI YA MKUU WA IDARA

Nathibitisha kuwa kazi hiyo imefanywa katika kiwango cha kuridhisha/kutoridhisha, hivyo
naidhinisha/siidhinishi malipo yafanywe kwa fungu la malipo (*Specify Account*).....

Tarehe:..... Sahihi:..... Cheo:.....

B: MAONI YA MKURUGENZI

Naidhinisha/Siidhinishi malipo haya.

Tarehe

Sahihi