REGIONE MARCHE
Giunta regionale

ALLEGATO G

ALL'ENTE CAPOFILA
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:
_____

RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER I SUSSIDI E/O SUPPORTI ALL'AUTONOMIA

Il/la sottoscritto/a ……..…….....…….....

nato/a a .....…….……..……..…….. il ……..…….….

residente a ……...……...…

in via …….…….…….…….. n. …… Cap …….….……

Codice fiscale……...……...

Tel. ……Cell. ……..……email:……...……..

in qualità di genitore/tutore di……

nato/a…….....il……Codice fiscale……

con disabilità: ❑ **uditiva** ❑ **visiva**

C H I E D E

con riferimento all'intervento ❑ sussidi; ❑ supporti per l'autonomia:

❑ che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad € ……

❑ che gli venga anticipato l'importo pari ad €…… in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);

Luogo e data _____

Firma

_____