



CITTÀ DI VELLETRI
Capofila Distretto Socio-sanitario RM 6/5
(Comuni di Velletri e Lariano)

All'Ufficio di Piano
Comune di Velletri
Trasmissione a mezzo PEC
ufficio.servizisociali@pec.comune.velletri.rm.it

OGGETTO: ATTIVITA' ESTIVE, ATTIVITA' A CARATTERE LUDICO - RICREATIVO E LABORATORIALI DESTINATE AI DISABILI DI ETA' COMPRESA NELLA FASCIA 16 – 45 ANNI. ANNO 2022.

Richiesta di rimborso

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato/a
a _____ prov. _____ il _____ residente a
_____ prov _____ in via
_____ civico n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____ fax _____
e-mail _____ PEC _____
codice fiscale _____ ***in qualità di legale rappresentante***

[_] della Società [_] dell'Associazione [_] altro (specificare)

_____ con sede legale in via/piazza _____
telefono _____
codice fiscale/P. IVA _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per i soggetti beneficiari del contributo per la somma di complessivi € _____ (euro _____) per la frequentazione delle attività estive dei mesi di _____ dei disabili risultati beneficiari del contributo economico, la cui lista è allegata quale parte integrante della presente richiesta.

Ai sensi dell'art. 3 comma 7 della legge 136/2010, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, chiede che l'importo venga accreditato sul seguente conto corrente dedicato:

Istituto Bancario: _____

IBAN _____

Intestato a _____

Il sottoscritto ai sensi dell'art. 97 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo DPR e della decadenza dai benefici concessi in caso di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

che l'elenco dei disabili che hanno beneficiato del contributo economico per l'iniziativa in oggetto, allegato altresì alla presente, è di seguito dettagliato(*):

NOME E COGNOME BENEFICIARIO	PERIODO DI FRUIZIONE DELL'ATTIVITÀ	SPESA SOSTENUTA

***Aggiungere righe in caso di necessità**

Si allegano i seguenti documenti:

1. Elenco nominativo dei disabili iscritti con indicazione dei periodi di frequenza e dell'importo della riduzione immediata della retta applicata per ciascuno, sottoscritto dal legale rappresentante;
2. Elenco dei disabili iscritti e non frequentanti con l'indicazione del periodo, che non può superare n. 5 gg, e i relativi costi;
3. Copia documento di riconoscimento del sottoscrittore;

Data _____

TIMBRO E FIRMA
