**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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_