**Allegato n° 6 Richiesta di rimborso del destinatario**

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE**

**PROGETTO: "VITA INDIPENDENTE" cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus nell'ambito dell'avviso "*Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società"* approvato con Decreto dirigenziale regionale n° 20946 del 13/09/2024**

**CODICE PROGETTO: 316655 - CUP I99I24000510008**

Nome:

Cognome:

CF:

Obiettivo/i progettuale/i Vita Indipendente:

**RICHIESTA RIMBORSO PER MESE E ANNO:**

**DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE:**

| Tipologia di servizio | Giustificativi allegati | Importo richiesto |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | **TOTALE:** | |

Si richiede pertanto il rimborso delle spese sostenute per il progetto di Vita Indipendente.

Luogo e data

Firma del destinatario

(o suo rappresentante legale, se nominato)

_____