

Allegato n° 7



RICHIESTA DI RIMBORSO

AVVISO: *“Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società”*

PROGETTO: *“Vita Indipendente” FSE+ approvato con D.D.R. n° 20946 del 13/09/2024*

CODICE PROGETTO: 316655 – CUP I99I24000510008

SOGGETTO BENEFICIARIO: *Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest*

DATI DEL DESTINATARIO

NOME: _____

COGNOME: _____

COD. FISC.: _____

RESIDENZA: _____

PIANO DI SPESA

Data di sottoscrizione del Piano di Spesa : _____

Importo mensile del Piano di Spesa: _____

Importo totale del Piano di Spesa : _____

se presente VARIAZIONE al Piano di Spesa

Data firma variazione: _____

Importo da variazione: _____

Periodo di riferimento dei costi sostenuti di cui si chiede il rimborso:

	Dati della richiesta di rimborso del destinatario	Importo mensile rimborsato	Tipologia ed estremi giustificativo	Numero e data del mandato di pagamento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
TOTALE				

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Legale rappresentante dell'Ente
_____ soggetto beneficiario del progetto identificato con il Codice num. _____

DICHIARA

- che le prestazioni erogate corrispondono al Piano di spesa individuale del Destinatario (Nome, Cognome della persona) _____

- di avere verificato la correttezza e coerenza della documentazione di supporto allegata alle richieste di rimborso presentate dal Destinatario, la quale risulta conforme a quanto indicato nell'art. 13 dell'Avviso in oggetto

ATTESTA

il regolare avanzamento delle attività rispetto agli obiettivi del progetto di Vita Indipendente, tenuto conto delle valutazioni della UVMD comprovate mediante specifiche relazioni semestrali

CHIEDE

il rimborso della spesa sostenuta per il presente Progetto di Vita Indipendente, pari a € _____

Data _____

Firma del Legale rappresentante

(Firma autografa con allegata la fotocopia del documento d'identità, in corso di validità)