

**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 all'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