

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

\_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER LA  
FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI DI FORMAZIONE PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI  
PER LA DISABILITÀ VISIVA O UDITIVA**

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**

**CHIEDE**

con riferimento all'intervento:

- ☐ che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad €.....
- ☐ che gli venga anticipato l'importo di €..... 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

\_\_\_\_\_