

**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**

C H I E D E

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