



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 ail
residente a
in via
Codice fiscale
TelCellemail:
in qualità di genitore/tutore di
nato/ailCodice 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

L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR deve essere formulata da parte del Comune/Ambito Territoriale Sociale titolare del trattamento dati.