

**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

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.