



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro per le Disabilità

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 16 "METROPOLITANO"

(Deliberazione del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 70/3 del 09.08.2016)

COMUNI ASSOCIATI

**BRITTOLI – CAPPELLE SUL TAVO – CATIGNANO – CEPAGATTI – CITTA' SANT'ANGELO - CIVITAQUANA –
ELICE – MOSCUFO – NOCCIANO – PIANELLA - ROSCIANO - SPOLTORE**

COMUNE DI SPOLTORE

ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE

AVVISO PUBBLICO

**PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI VOUCHER PER LA FRUIZIONE DI INTERVENTI E SERVIZI DI
SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025

DGR Regione Abruzzo n. 154 del 31/03/2026

**In attuazione del DM 13 ottobre 2025 e della programmazione operativa regionale approvata con DPG023/127 del
29/06/2026**

ALLEGATO 3

RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

Dati del beneficiario

Cognome e nome: _____

Codice fiscale: _____

Dati del Soggetto attuatore

Denominazione: _____

C.F./P.IVA: _____

Periodo di riferimento

Dal _____ **al** _____

Attività realizzate

Tipologia:

- ☐ Campus, centri estivi e colonie
- ☐ Attività sportive e motorie
- ☐ Attività culturali, ricreative e outdoor
- ☐ Laboratori espressivi, artistici e musicali
- ☐ Socializzazione facilitata con pari
- ☐ Gruppi di socializzazione strutturata

Descrizione:

--

Numero complessivo delle prestazioni/accessi effettuati:

Importo del rimborso

Importo complessivamente sostenuto: €

Importo richiesto a rimborso: €

Documentazione allegata

- ☐ fattura quietanzata
- ☐ ricevuta fiscalmente valida
- ☐ altro documento fiscalmente valido
- ☐ documentazione attestante l'effettivo pagamento
- ☐ attestazione del soggetto attuatore relativa alle attività svolte

Dichiarazione del beneficiario

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- che le attività indicate sono state effettivamente fruite;
- che le spese indicate sono state effettivamente sostenute;
- che le spese sono riferite esclusivamente alle attività ammesse al voucher;
- che la documentazione allegata è autentica e riferita alle prestazioni indicate;
- che le medesime spese non sono state e non saranno oggetto di altro rimborso pubblico incompatibile;
- di essere consapevole che l'ECAD potrà effettuare controlli sulla documentazione prodotta.

Luogo _____

Data

Firma del beneficiario/genitore/tutore

ATTESTAZIONE DEL SOGGETTO ATTUATORE

Il sottoscritto _____
in qualità di _____
del soggetto attuatore _____

ATTESTA

che il/la beneficiario/a _____
ha effettivamente fruito delle attività sopra indicate nel periodo dal _____ al
_____.

Le prestazioni complessivamente effettuate sono pari a n. _____.

L'importo complessivamente dovuto per le prestazioni è pari a:

€ _____

Il soggetto attuatore dichiara che le prestazioni sono state effettivamente realizzate e corrispondono a quanto indicato nella documentazione fiscale allegata.

Luogo _____

Data _____

Firma del soggetto attuatore