

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

---

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
I SUSSIDI E/O SUPPORTI ALL'AUTONOMIA**

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 — sussidi; — supporti per l'autonomia:

— che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad €  
.....

— che gli venga anticipato l'importo pari ad €..... 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  
\_\_\_\_\_