|  |
| --- |
| **DGR n. 124 del 23/03/2021 – Intervento Caregiver 3.2 - Voucher € 750,00.** **Richiesta erogazione voucher**Spett.le  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ambito o consorzio)*\_\_L\_\_ SOTTOSCRITT\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di Caregiver, beneficiario dell’Intervento Caregiver 3.2 - Voucher € 750,00, come comunicato dall’Ambito Territoriale / Azienda consortile**CHIEDE**- l’erogazione del voucher – caregiver 3.2 per un totale di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;- il rimborso avvenga mediante Bonifico su conto corrente:IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_l\_ sottoscritt\_\_ ALLEGA I documenti giustificativi di spesa e DICHIARA sotto la propria personale responsabilità che le spese sono state effettivamente sostenute e che si sono rese necessarie per il conseguimento degli obiettivi prefissati nel progetto. |
| N. | **Titolare della spesa** | **Modalità di pagamento** | **Causale** | **Beneficiario** | **Importo** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_