|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_