

Allegato C

RICHIESTA RIMBORSO SPESE

PROGETTO: "Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella Zona Distretto Colline dell'Albegna (VITA.IND.ALB.)" *(da compilare a cura della Zona distretto)*

CODICE PROGETTO: Codice progetto S.I. FSE: 316708 *(da compilare a cura della Zona distretto)*

Nome:

Cognome:

CF:

Obiettivo/i progettuale/i Vita Indipendente:

RICHIESTA RIMBORSO PER MESE E ANNO:

DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE:

Tipologia di servizio	Giustificativi allegati	Importo richiesto
TOTALE:		

Si richiede pertanto il rimborso delle spese sostenute per il progetto di Vita Indipendente.

Luogo e data

Firma del destinatario
(o suo rappresentante legale, se nominato)
