

Allegato n. C Richiesta di rimborso del destinatario

ZONA DISTRETTO ARETINA

RICHIESTA RIMBORSO SPESE

PROGETTO: VIT.AR – Vita Indipendente Aretina

CODICE PROGETTO: 316830 - CUP: H19G24000390006

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)
