

**OGGETTO: RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO  
DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA  
COMUNICAZIONE**

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**

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del, sotto la propria personale responsabilità, che la quota oraria lorda, come da contratto stipulato con l'Assistente all'autonomia e alla comunicazione, è pari ad € .....

**E CHIEDE**

con riferimento all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per i mesi di:.....

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);
- dichiarazione dell'Assistente all'autonomia e alla comunicazione che ha svolto l'intervento (All. E);
- foglio mensile delle presenze compilato dall'Assistente all'autonomia e alla comunicazione (All. F);

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_