

# CARTA INTESTATA ETS

## Allegato 6

Associazione xxx  
Via xxx  
Telefono xxx  
Mail xxx  
PEC xxx

Al Comune di Albano Laziale  
Capofila del Distretto Sociosanitario RM 6.2  
Via San Francesco, 10  
Albano Laziale (RM)  
[distrettorm6.2@pec.albanolaziale.rm.it](mailto:distrettorm6.2@pec.albanolaziale.rm.it)

**OGGETTO: Avviso 1/2022, Missione 5 “inclusione e coesione”, Componente 2 “infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.3 “housing temporaneo e stazioni di posta”, sub-investimento 1.3.2 “stazioni di posta”**

**CUP: D54H22000150006**

**CIG: XXXXXXXXXX**

Domanda di Rimborso n:

DOCUMENTO GIUSTIFICATIVO*	TIPOLOGIA SPESA**	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO (a)	CO-FINANZIAMENTO (b)	IMPORTO TOTALE (a) – (b)
<i>Esempio</i>	<i>Esempio</i>				
<i>Fattura nr. 1</i>	<i>A -</i>	<i>XXX</i>	<i>0,00 €</i>	<i>0,00 €</i>	<i>0,00 €</i>
<i>Ricevuta nr. 1</i>	<i>B -</i>				
	<i>C -</i>				

\*Fattura, ricevuta o altro documento contabile da allegare alla presente

\*\*Selezionare la tipologia di costo:

*A - Costo del personale*

*B - Costi indiretti*

*C - Spese direttamente riconducibili alla presa in carico dei beneficiari*

Data e Luogo

Timbro e Firma

# CARTA INTESTATA ETS

Elenco dei Giustificativi a corredo della Domanda di Rimborso:

A – Costo del Personale

- *Timesheet della risorsa impiegata nel progetto (cfr. All. B)*
- *Relazione delle attività svolte (su carta intestata ETS)*

B – Costi indiretti

- Fattura di acquisto
- Quietanza di pagamento

C - Spese direttamente riconducibili alla presa in carico dei beneficiari

- Fattura di acquisto
- Quietanza di pagamento