

Allegato 6.4

ASSOCIAZIONE:

facsimile scheda finanziaria per ogni soggiorno effettuato conforme a quanto indicato all'art. 6 del bando

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ, ATTRAVERSO SOGGETTI CHE REALIZZINO SOGGIORNI COLLETTIVI NEL PERIODO 01 GIUGNO – 15 OTTOBRE 2024

LOCALITA' DEL SOGGIORNO:

STRUTTURA DI ACCOGLIENZA (NOME E TIPOLOGIA):

PERIODO (DAL AL):

ELENCO PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO AL SOGGIORNO		SPESA SOSTENUTA DAI PARTECIPANTI	CONTRIBUTO RICHIESTO (max 70% della spesa sostenuta dal beneficiario del soggiorno)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
TOTALI		0	0

data _____

Timbro e firma del LEGALE RAPPRESENTANTE

Le ricevute di pagamento dei partecipanti dovranno corrispondere, per ogni persona, agli importi indicati nella colonna D.***Non saranno accolte le richieste mancanti delle ricevute di pagamento dei beneficiari dei soggiorni.***