

**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<br>DAI PARTECIPANTI | CONTRIBUTO<br>RICHIESTO (max<br>70% della spesa<br>sostenuta dal<br>beneficiario del<br>soggiorno) |
|---|--|-------------------------------------|--|
| 1   |  |                                     |  |
| 2   |  |                                     |  |
| 3   |  |                                     |  |
| 4   |  |                                     |  |
| 5   |  |                                     |  |
| 6   |  |                                     |  |
| 7   |  |                                     |  |
| 8   |  |                                     |  |
| 9   |  |                                     |  |
| 10  |  |                                     |  |
| 11  |  |                                     |  |
| 12  |  |                                     |  |
| 13  |  |                                     |  |
| 14  |  |                                     |  |
| 15  |  |                                     |  |
| <b>TOTALI</b>                                     |  | 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.***