



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/sociale

***Allegato 3) all'Avviso per la formazione dell'elenco:
modello per la rendicontazione***

MODELLO PER LA RENDICONTAZIONE

la sottoscritto/a Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (_____) il ____ / ____ / ____ C.F. _____

residente in _____ (cap ____) Via _____

n._____ in qualità di legale rappresentante di_____

_____ avente sede legale in _____ (cap ____)

Via _____ n._____ C.F./P.IVA _____

Tel._____, e-mail _____ PEC _____





www.regione.umbria.it/sociale

esercizio commerciale/ farmacia iscritto/a all'elenco zonale di esercizi commerciali e farmacie disponibili ad accettare i buoni spesa di cui all'Avviso *Noinsieme Contributi economici e servizi di accompagnamento per l'uscita dall'emergenza COVID-19*" Finalizzato dal P.O.R. Programma Operativo Regionale F.S.E. (Fondo Sociale Europeo) Umbria 2014-2020 Asse "Inclusione sociale e lotta alla povertà" Priorità di investimento 9.4- R.A. 9.1"o di beni di prima necessità, prodotti medicali e farmaceutici" presenta la seguente documentazione riepilogativa dell'utilizzato dei buoni relativa al:

MESE DI _____ ANNO _____

NOME E COGNOME DELL'UTILIZZATORE DEL BUONO	CODICE FISCALE DELL'UTILIZZATORE DEL BUONO	DATA DI UTILIZZO	IMPORTO	ALLEGATI
				buono copia scontrino altro_____
				buono copia scontrino altro_____





www.regione.umbria.it/sociale

				buono copia scontrino altro_____
				buono copia scontrino altro_____

Data _____

Firma _____

Allegati:

n. _____ buoni
n. _____ scontrini
altri documenti_____

