



MODELLO C

DOMANDA DI CONTRIBUTO	
RENDICONTAZIONE FINALE DI TUTTE LE SPESE SOSTENUTE AL CONSORZIO INTERCOMUNALE PER I SERVIZI SOCIO SANITARI	
Soggetto richiedente	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Conto corrente bancario/postale	
Indirizzo della sede legale	
Via e numero civico	
Città	
Cap	
Provincia	
Rappresentante legale	
Cognome	
Nome	
Qualifica	
Telefono	
Fax	
E-mail (Pec)	
Progetto di cui si presenta la rendicontazione delle spese sostenute	
Titolo del progetto:	

ELENCO DEI GIUSTIFICATIVI DI SPESA
DESCRIZIONE

Il legale rappresentante

(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com