



## MODELLO C

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

<b>ELENCO DEI GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b>
<b>DESCRIZIONE</b>

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)