

**Servizi Socio Assistenziali modalità di gestione indiretta  
Modello di rendicontazione ai fini del rimborso delle spese**

All'Ufficio di Piano del  
Distretto Socio Sanitario n. 55  
c/o Comune capofila di Alcamo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario

oppure

in qualità di tutore di \_\_\_\_\_

richiede

il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di assistenza indiretta relativi ai mesi sotto specificati:

Mesi	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega:

- le ricevute di pagamento dei contributi INPS;
- le buste paga firmate;
- le ricevute di avvenuto pagamento (bonifico bancario, postale etc);
- I registri mensili che attestano l'avvenuta erogazione del servizio.

Distinti saluti.

Luogo e data

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_