

Allegato B

# Dichiarazione rendicontazione

AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

All'Ufficio di Piano dell'Ambito  
Socio territoriale n° 1 Alto Basento

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Tel/cell \_\_\_\_\_

Caregiver del familiare \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

## Dichiara

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. N.445/2000 e ss. mm. e ii. - consapevole che, fermo restando quanto previsto dal suindicato art. 76, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati dall'Amministrazione ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, fatti salvi altri atti a tutela dell'Amministrazione

di aver speso la somma di € \_\_\_\_\_ (Rendicontazione semestrale) periodo di riferimento \_\_\_\_\_ acquisita per la seguente motivazione:

---



---



---

Si allegano:

- contratti di lavoro temporanei;
- incarichi professionali anche temporanei;
- ricevute di pagamento per prestazione al caregiver;
- bonifici bancari per prestazioni previste;
- fatture e/o scontrini parlanti per acquisti relativi alla salute e al benessere del caregiver;
- bollettini con attestazioni di pagamento spese sostenute;
- Altro giustificativo rendicontabile (Specificare) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Riservato alla Coordinatrice dell'Ufficio Di Piano*

- Si ammette rendicontazione di € \_\_\_\_\_
- NON si ammette ☐ totalmente ☐ parzialmente per la somma di € \_\_\_\_\_

data, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_