Al Comune di Surbo

Settore Servizi Socio Assistenziali

|  |
| --- |
| **RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE PER ATTIVITÀ RIVOLTE A MINORI DA 0 A 17 ANNI, FREQUENTATE NEL PERIODO COMPRESO TRA GIUGNO E DICEMBRE 2024.**  **MODELLO DI DOMANDA** |
| Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    residente nel **Comune di Surbo** alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **E Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( si raccomanda di indicare la mail DOVE, COME DA AVVISO, SARANNO INVIATE TUTTE LE COMUNICAZIONI ,**ivi comprese le eventuali richieste di integrazione documentale) |

### CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per la frequenza del/i figlio/i alle seguenti attività (Avviso pubblico, approvato con Determina n. X/2024)**:**

|  |
| --- |
| **FIGLIO n. 1**: cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Surbo in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_  in possesso di **certificazione di disabilità** grave certificata, (L.104/90 c.3) S I NO  Tipologia di **attività** frequentata (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Periodo** di frequenza: dal (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Soggetto che ha erogato** la prestazione e sede: denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Spesa TOTALE** sostenuta: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(come da documentazione fiscalmente valida o documentazione equipollente, in allegato)** |
| **FIGLIO n. 2**: cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Surbo in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_  in possesso di **certificazione di disabilità** grave certificata, (L.104/90 c.3) S I NO  Tipologia di **attività** frequentata (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Periodo** di frequenza: dal (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Soggetto che ha erogato** la prestazione e sede: denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Spesa TOTALE** sostenuta: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(come da documentazione fiscalmente valida o documentazione equipollente, in allegato)** |

|  |
| --- |
| **FIGLIO n. 3**: cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Surbo in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_  in possesso di **certificazione di disabilità** grave certificata, (L.104/90 c.3) S I NO  Tipologia di **attività** frequentata (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Periodo** di frequenza: dal (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (indicare data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Soggetto che ha erogato** la prestazione e sede: denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Spesa TOTALE** sostenuta: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(come da documentazione fiscalmente valida o documentazione equipollente, in allegato)** |

**A TAL FINE, DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere:

1. **di aver preso visione e di accettare tutto quanto stabilito dall’Avviso pubblico di che trattasi;**
2. **di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dall’Avviso:**
3. **Residenza** nel Comune di Surbo alla data di presentazione della domanda;
4. Possesso di un **ISEE anno 2024, ORDINARIO O CORRENTE, NON SUPERIORE ad € 15.000,00**.

(Nel caso di nuclei familiari con figli minori, i cui genitori non siano coniugati e non convivano, occorre essere in possesso di **ISEE minorenni** in corso di validità, nel rispetto delle vigenti normative in materia di ISEE).

1. **Non beneficiare, per lo stesso periodo di riferimento e** **per il medesimo minore** per cui si chiede il rimborso, di contributi per la stessa finalità erogati dall’INPS o da altro Ente (a titolo esemplificativo e non esaustivo: buoni servizio regionali, contributi centri estivi INPS ecc.)
2. **Possesso di** **documentazione fiscalmente valida,** attestantela partecipazione del/i minore/i ad una delle attività di cui alle suddette linee guida e la relativa spesa sostenuta, nel periodo ricompreso tra giugno e dicembre 2024, **rilasciata dalla struttura in cui si sono svolte le attività,**

Oppure, qualora il soggetto organizzatore non sia tenuto secondo la legge ad emettere fattura, possesso di documento equipollente che certifichi la vendita o la prestazione del servizio.

**DICHIARA, altresì,**

Di voler ricevere la liquidazione del **contributo economico eventualmente concesso,** a mezzo di (crociare)

* accredito sul seguente conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al richiedente

CODICE IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* riscossione diretta presso la Tesoreria del Comune a nome del richiedente.

**ALLEGA:**

* Copia del **documento di identità del dichiarante;**
* **Attestazione ISEE anno 2024, ORDINARIO O CORRENTE** (nel caso di nuclei familiari con figli minori, i cui genitori non siano coniugati e non convivano, **ISEE minorenni** in corso di validità, nel rispetto delle vigenti normative in materia di ISEE)

Oppure autocertificazione resa ai sensi dell’art art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445;

* Copia del **verbale attestante riconoscimento disabilità del minore grave certificata, L.104/92 c.3** (o autocertificazione resa ai sensi dell’art art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445);
* **Copia di documentazione fiscalmente rilevante**, **rilasciata dalla struttura in cui si sono svolte le attività,** attestante la partecipazione del minore, nel periodo ricompreso tra giugno e dicembre 2024 e la spesa totale sostenuta.

(**Qualora il soggetto organizzatore non sia tenuto secondo la legge ad emettere fattura, dovrà essere allegato anche** **documento equipollente** che certifichi la vendita o la prestazione del servizio in favore del richiedente, nel quale dovranno essere indicati: - data di emissione - generalità del fornitore, complete di Partita IVA - cognome e nome del richiedente la prestazione - cognome e nome del beneficiario partecipante all’attività - tipologia, durata e costo dell’attività svolta/del servizio offerto - imposte eventualmente applicabili (allegare al documento rilasciato dal soggetto organizzatore l’APPOSITO MODELLO)

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, infine**

* di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Surbo potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio di che trattasi, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
* di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 679/2016 ed in ossequio alla normativa vigente, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Surbo esclusivamente nell’ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi all’istanza;
* con la sottoscrizione della presente istanza, di rilasciare la più ampia liberatoria per ogni tipo di controllo ai fini delle verifiche delle dichiarazioni rese.

Surbo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma leggibile del dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )**

da compilare qualora l’interessato intenda avvalersene

per l’ATTESTAZIONE ISEE

e/o per verbale attestante riconoscimento disabilità del minore grave certificata, L.104/92 c.3

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, con la sottoscrizione della presente

**DICHIARA**

in sostituzione delle normali certificazioni, i seguenti stati, qualità personali e fatti, ai sensi dell’art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445

* di essere in possesso di **Attestazione ISEE** (calcolato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013) riferito al proprio nucleo familiare, rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prot. INPS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da cui si evince che:
* **l’ISEE** è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **Il valore del Patrimonio mobiliare** è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **Il valore del Patrimonio immobiliare,** diverso dalla casa di abitazione,è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **l’ISRE** (Indicatore Situazione Reddituale/parametro scala di equivalenza) è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* nel quadro FC6 della DSU dell’ISEE è indicato il possesso di n. \_\_\_\_\_\_ autoveicoli e n. \_\_\_\_\_\_\_\_ motoveicoli e/o altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che, il figlio (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in possesso di

**verbale attestante riconoscimento disabilità del minore grave certificata, L.104/92 c.3**

* rilasciato dall’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* valido sino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA** COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DICHIARANTE

Surbo, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO EROGATORE, NEL CASO IN CUI NON SIA TENUTO, PER LEGGE, A RILASCIARE FATTURA, DA ALLEGARE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO O ALTRO DOCUMENTO FISCALMENTE VALIDO RILASCIATO ALLA FAMIGLIA.**

**Allegare alla domanda “RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE PER ATTIVITÀ RIVOLTE A MINORI DA 0 A 17 ANNI, FREQUENTATE NEL PERIODO COMPRESO TRA GIUGNO E DICEMBRE 2024”**

Con la presente, il SOGGETTO EROGATORE (indicare denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Sede a (città) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con legale rappresentante (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che il GENITORE (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha richiesto L’ISCRIZIONE per il FIGLIO (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla seguente ATTIVITA’/SERVIZIO (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FREQUENTATA dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicativamente, nei seguenti giorni e orari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso la sede operativa del soggetto erogatore sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al costo complessivo di (indicare in cifre) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare in lettere) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imposte eventualmente applicabili (indicare in cifre) € \_\_\_\_\_\_\_ (indicare in lettere) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI RILASCIA AL GENITORE DEL MINORE**

**ALLEGA:**

* **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DICHIARANTE**
* **RICEVUTA/DOCUMENTO EQUIPOLLENTE ALLA FATTURA , FISCALMENTE VALIDO**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SOGGETTO EROGATORE)