



**FONDO PER L'INCLUSIONE PER LE PERSONE CON DISABILITA'**  
**(D.M. 29.11.2021 e D.M. 08.08.2022)**

**RENDICONTAZIONE FINALE**

Spett.le Regione del Veneto  
Direzione Servizi Sociali  
UO Persone con disabilità e progettualità a supporto  
[servizi.sociali@pec.regione.veneto.it](mailto:servizi.sociali@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO: Rendicontazione delle spese relative all'intervento Linea – A2**  
**CUP** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di  
legale rappresentante del Comune di \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA (se non coincidente con C.F.) \_\_\_\_\_

in relazione:

- alla richiesta di contributo presentata ai sensi del Bando (All. A) approvato con Delibera di Giunta regionale n. 1241/2022;
- alla assegnazione con decreto n. 1 del 26.01.2023 – Regione del Veneto Direzione Servizi Sociali U.O. Non Autosufficienza, dei fondi di cui al DM 29.11.2021 intervento art. 4, comma 3 lettera b) denominato “Linea A2”, e precisamente:

DESCRIZIONE	IMPORTI	% SU TOTALE
CONTRIBUTO ASSEGNATO (Decreto n. 1/2023 Direttore U.O. Non Autosufficienza)	€	
COFINANZIAMENTO	€	
<b>TOTALE INTERVENTO Linea A2</b>	€	<b>100%</b>

specificando che:

- Responsabile del procedimento (*cognome, nome*) \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Ufficio (*denominazione*) \_\_\_\_\_



consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000 s.m.i.,

### DICHIARA

- che le spese sotto specificate (indicate come “Spese sostenute”) sono state integralmente pagate;
- che le fatture, i giustificativi di spesa e le relative quietanze, allegati in copia alla presente rendicontazione, sono conformi agli originali;
- che le spese rendicontate, coperte con il contributo assegnato, non sono state imputate ad altri contributi pubblici o privati;
- che l’intervento rispetta i requisiti previsti dal DM 29.11.2021 art. 4, comma 3 b) <sup>(1)</sup> e dal bando;

### TRASMETTE

1. la rendicontazione delle spese sostenute (Allegato 1) ai fini del pagamento del SALDO del contributo a fronte di una spesa rendicontata di euro \_\_\_\_\_. Il pagamento del contributo, ai sensi dell’art. 3 della L. 136/2010 modificata dall’art. 7 comma 1 lettera a) della Legge di conversione n. 217/2010 del D.L. n. 187/2010 (c.d. Tracciabilità dei Flussi Finanziari) dovrà essere effettuato sul conto corrente acceso presso la Tesoreria Infruttifera della Banca d’Italia:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

2. la relazione illustrativa che descriva in maniera esaustiva l’utilizzo dei fondi, corredata da documentazione fotografica dei beni acquistati.

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

Il legale rappresentante  
Firma digitale

<sup>1</sup> Intervento Linea A2 - D.M. 29.11.2021 art. 4, comma 3 lettera b) “Relativamente alla riqualificazione di strutture semiresidenziali per persone con disabilità, gli interventi devono riguardare:  
b) l’acquisto, l’ammodernamento o il potenziamento di supporti digitali, degli arredi e di dotazioni strumentali finalizzate alla realizzazione di laboratori.”.



### SPESE SOSTENUTE (Allegato 1)

- o **attrezzature** (elenco con sintetica descrizione)

VOCE N.	QUANTITÀ	DESCRIZIONE ATTREZZATURE							
A)									
B)									
C)									
RENDICONTO ATTREZZATURE									
VOCE N.	IMPORTO	MANDATO		BENEFICIARIO	CAUSALE	FATTURE		SOMMA DA IMPUTARE A	
		N.	DATA			N.	DATA	CONTRIBUTO	COMPARTICIPAZIONE

- o **ausili** (elenco con sintetica descrizione)

VOCE N.	QUANTITÀ	DESCRIZIONE AUSILI							
A)									
B)									
C)									
RENDICONTO ATTREZZATURE									
VOCE N.	IMPORTO	MANDATO		BENEFICIARIO	CAUSALE	FATTURE		SOMMA DA IMPUTARE A	
		N.	DATA			N.	DATA	CONTRIBUTO	COMPARTICIPAZIONE

- o **arredi** (elenco con sintetica descrizione)

VOCE N.	QUANTITÀ	DESCRIZIONE AUSILI							
A)									
B)									
C)									
RENDICONTO ARREDI									
VOCE N.	IMPORTO	MANDATO		BENEFICIARIO	CAUSALE	FATTURE		SOMMA DA IMPUTARE A	
		N.	DATA			N.	DATA	CONTRIBUTO	COMPARTICIPAZIONE

<b>TOTALE DA RENDICONTARE</b> (Attrezzature/Ausili/Mezzi di trasporto)	€	<i>Di cui somma da imputare a contributo</i>	€
---------------------------------------------------------------------------	---	----------------------------------------------	---