

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____, c.f. _____,
nato/a a _____, il _____ e residente in _____
in Via _____ nr. _____,

Consapevole ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;

Con riferimento ai rimborsi previsti per la figura di volontario della FINP

DICHIARA

Di aver sostenuto le seguenti spese per:

DESCRIZIONE TIPOLOGIA SPESA SOSTENUTA EVENTO/MOTIVAZIONE	IMPORTO	DOC. FISCALE
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOTALE IMPORTO DELLA RICHIESTA (A)	€	

Allego nr. _____ scontrini/doc.contabili

***L'importo massimo che non forma base imponibile per i volontari e non soggetto a rendicontazione è fissato in 150,00 €/ mese. Con la presente dichiaro di non averlo superato ai sensi dell'art.17 c.4 D.lgs 117/17.**

Indennità km (vedi) KM (B) € _____,
*compilare allegato A

Totale da Rimborsare (A+B) € _____,

MODALITA' PER EFFETTUARE IL PAGAMENTO

INTESTATARIO _____

IBAN (27 CIFRE) _____

DATA E FIRMA _____

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO AMMINISTRATIVO

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Nominativo: _____ Firma_ _____

Rimborso spese di viaggio	€ _____, _____
Indennità km (vedi) KM _____	€ _____, _____
Rimborso spese pasti	€ _____, _____
Rimborso spese alloggio	€ _____, _____
Rimborso spese documentate diverse	€ _____, _____
Totale da Rimborsare	€ _____, _____

VISTO:

--	--