



# MODELLO DI RIMBORSO

## EMERGENZA COVID-19 SOSTEGNO ALIMENTARE

Consegna Presso ufficio protocollo comunale

nr Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/2020

l sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/Esercizio Commerciale (*indicare la denominazione*)

\_\_\_\_\_ P.IVA/Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

con sede in San Pietro a Maida Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ nr. cell. \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE:**

IL RIMBORSO DI NR \_\_\_\_\_ BUONI SPESA PER UN IMPORTO TOTALE DI

€ \_\_\_\_\_ ( IMPORTO IN LETTERE \_\_\_\_\_ )

ALLEGA ALLE PRESENTE NR \_\_\_\_\_ MODELLI DI RENDICONTAZIONE

San Pietro a Maida \_\_\_/\_\_\_/2020

Il richiedente \_\_\_\_\_