

**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PIANI  
PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI ALLA  
PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI  
E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ – PIANI PER LE AUTONOMIE**

**SCADENZA 12/07/2019**

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 recante “Sistema Integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio” che all’art 4 lettera r) prevede tra gli altri obiettivi “*promozione di interventi volti a sostenere la vita indipendente delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia...*”;

Visto il Piano Sociale di Zona del Consorzio Valle del Tevere;

Vista la programmazione dell’Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere per gli interventi di cui al presente avviso per le annualità 2018-2019;

Considerato che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso è pari a € 180.000,00 per interventi a favore di disabili medio-gravi;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 94 del 12.06.2019 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che il seguente Avviso Pubblico è stato oggetto di condivisione tra i servizi sociali territoriali.

### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un finanziamento a rimborso d’interventi di promozione delle autonomie, da gestire in forma indiretta, a favore di minori, giovani e giovani-adulti con disabilità, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati **n. 30** Piani per l’autonomia, per un **importo mensile massimo di € 500,00** (cinquecento/00) **cadauno**, per un totale di n. 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto.

### Destinatari

Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Consorzio del Distretto 4.4;

**DIREZIONE FISCALE**  
874100585

**COMUNI DI**  
Formello  
Genzano di Roma  
Lariano  
Mentana  
Pignone  
Pomezia  
Pozzuolo Romano  
Rocca Canterani  
Tuscanara  
Velletri  
Viterbo  
Zagarolo

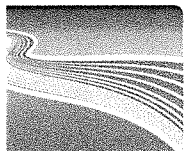
**UFFICIO LEGALE**  
Comune di Formello  
Via S. Lorenzo, 8  
06060 Formello RM

**UFFICIO TELEFONICO**  
90194606-607-608  
fax 06 9089577

**UFFICIO MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it







**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

DIREZIONE FISCALILE  
874100585

COMUNI DI  
Formello  
Genzano di Roma  
Lariano  
Municipio di Roma  
Pignone  
Pomezia  
Rocca Canterani  
Torre Vallicella  
Tuscanara  
Velletri  
Viterbo

UFFICIO LEGALE  
Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
06060 Formello RM

NUMERI VERDI  
90194606-607-608  
06 9089577

INDIRIZZI MAIL  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
segreteria@pec.consorziovalledeltevere.it

La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it)

### **Criteria di valutazione e punteggi**

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio che sarà assegnato in sede di valutazione da parte dell'UVMD, per ogni area oggetto di valutazione.

La valutazione, al fine dell'assegnazione dei punteggi, sarà desunta dall'Allegato C relativamente all'area sanitaria, mentre per l'attribuzione dei punteggi relativi all'area sociale e all'area socio-economica saranno valutate le informazioni contenute nello schema di domanda che avranno valore di autocertificazioni nonché la documentazione prodotta.

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 40 punti
Area sociale	n. 50 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

### **Parità di punteggio**

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci inserite nella scheda di valutazione.

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo del Consorzio Valle del Tevere.

Per gli utenti/beneficiari residenti presso l' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano e Sant'Oreste) farà fede la data e l'ora di arrivo della domanda presso l'ufficio protocollo dei Comuni di residenza.

### **Modalità di liquidazione del finanziamento**

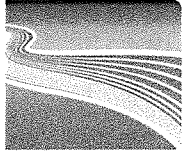
L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza mensile, a seguito della presentazione da parte dell'utente, o suo familiare, della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale e copia del bonifico effettuato) all'Ufficio di Piano del Consorzio.

**Dovranno essere trasmesse le copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D) all'indirizzo email ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it.**

**In assenza di uno dei due documenti sopra menzionati non si procederà alla liquidazione.**

**In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 30 giorni successivi alla scadenza del mese precedente, il beneficiario decadrà dal diritto al rimborso per il mese di riferimento (es: i mesi di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 28 febbraio).**

**In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 90 giorni successivi alla scadenza del mese precedente, il beneficiario decadrà dal beneficio concesso (es: il mese di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 30 aprile pena la decadenza del contributo).**



VALLE del  
TEVERE

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

A conclusione del progetto annuale gli operatori dell'Ufficio di Piano e i Servizi Sociali dell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (per gli utenti di loro competenza), elaboreranno una relazione conclusiva sul servizio erogato e sul raggiungimento degli obiettivi previsti nel P.P.I.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza per un massimo di € 500,00 mensili.

Eventuali somme aggiuntive riportate nelle fatture/buste paga saranno ad esclusivo carico dell'utente o della sua famiglia.

**Nel caso in cui le fatture/buste paga presentate riportassero importi inferiori a € 500,00 mensili, la differenza con detto importo non potrà essere compensata con fatture/buste paga relative a mensilità successive.**

### Termini e presentazione delle domande

I modelli per le domande (All A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e i moduli e le linee guida per la compilazione sono a disposizione presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it).
- Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere – Formello – Piazza San Lorenzo, 8 – 00060, tel. 0690194606-607-608, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00 e il martedì e giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia certificazione verbale d'invalidità al 100% o indennità di frequenza;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione:

- **Per gli utenti NON residenti** nell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" al protocollo generale dell'**Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM**, entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **12/07/2019** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità;
- **Per gli utenti residenti nell'Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte** (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano

#### DE LEGALE

Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### LEFONI

0690194606-607-608  
fax 06 9089577

#### MAIL

residente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
office@pec.consorziovalledeltevere.it





**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. – 06 90194606 - Fax 06 9089577.

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

Prot.n. 947 del 12.06.2019

*Il Direttore*

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*

**DICE FISCALE**

874100585

**MUNI DI**

Ardea

Bracciano

Castelnuovo di Porto

Civitella San Paolo

Genzano Romano

Guidonia

Formello

Agliano Romano

Alzano Romano

Ardea

Alzano

Arzano Romano

Ardea

Arzano Flaminio

Arzano

Arzano Oreste

Arzano Tiberina

**DE LEGALE**

Comune di Formello

Piazza S. Lorenzo, 8

060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608

fax 06 9089577

**MAIL**

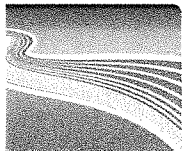
[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)

[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)

[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)

[ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it)



ALLEGATO A

SPETT.LE

VALLE del TEVERE

CONSORZIO TERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

CONSORZIO VALLE DEL TEVERE c/o COMUNE DI FORMELLO PIAZZA S. LORENZO, 8 00060 FORMELLO RM

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PROGETTI PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI AD INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ – PIANI PER LE AUTONOMIE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

DICE FISCALE 874100585

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

MUNI DI Campagnano di Roma Capena Castelnuovo di Porto Civitella San Paolo Marino Romano Rocca Scania Formello Agliano Romano Mazzano Romano Orlandino Formello Formello Romano Formello Formello Flaminio Formello Oreste Formello Tiberina

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero in qualità di familiare/tutore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

DE LEGALE Comune di Formello Piazza S. Lorenzo, 8 00060 Formello RM

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

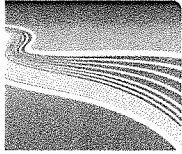
LEFONI 90194606-607-608 fax 06 9089577

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

MAIL Presidente@consorziovalledeltevere.it Rettore@consorziovalledeltevere.it Amministrazione@consorziovalledeltevere.it Ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it Ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it

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





**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

---

### CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione programmi d'intervento per l'autonomia, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo **€ 6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**, a favore di persone disabili medio-gravi, non autosufficienti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

**DICIZIONE FISCALE**  
874100585

### DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

- di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
- di essere o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza;
- di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore);
- di impegnarsi a trasmettere all'Ufficio di Piano del Consorzio la documentazione necessaria per l'avvio del progetto individualizzato (P.P.I.) entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro o convenzione);
- che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
- di impegnarsi a trasmettere, con cadenza mensile, all'Ufficio di Piano, la rendicontazione delle spese sostenute per un massimo di € 500,00 mensili, comprensiva delle copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D);
- di avere un'età compresa tra 0-35 anni;
- di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
- che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

**COMUNI DI**  
Formello  
Genzano di Roma  
Lariano  
Municipio di Roma  
Pignone  
Pomezia  
Pozzuolo Romano  
Rocca Canterani  
Rocca Priora  
S. Maria della Motta  
S. Maria Feltria  
S. Maria Imbriola  
S. Maria Nuova  
S. Maria del Tevere  
S. Maria del Vivaio  
S. Maria del Velino  
S. Maria del Lago  
S. Maria del Monte  
S. Maria del Piano  
S. Maria del Tevere  
S. Maria del Vivaio  
S. Maria del Velino  
S. Maria del Lago  
S. Maria del Monte  
S. Maria del Piano

**DE LEGALE**  
Ufficio Legale  
Via S. Lorenzo, 8  
060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
fax 06 9089577

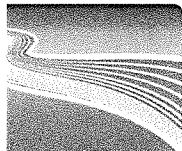
**MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it











**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**DIREZIONE FISCALE**  
074100585

**COMUNE DI**  
Formello di Roma  
Formello  
Formello Nuovo di Porto  
Formello San Paolo  
Formello Romano  
Formello  
Formello  
Formello Romano  
Formello  
Formello  
Formello Romano  
Formello  
Formello Flaminio  
Formello  
Formello Oreste  
Formello Tiberina

**UFFICIO LEGALE**  
Formello Comune di Formello  
Formello S. Lorenzo, 8  
07460 Formello RM

**UFFICIO TELEFONICO**  
074194606-607-608  
074194606-607-608

**UFFICIO MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
assessore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficio@consorziovalledeltevere.it  
ufficio@pec.consorziovalledeltevere.it

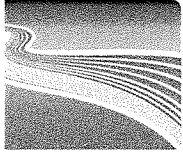
## Barthel Index Modificato (BIM)

<b>Alimentazione</b>	<b>BIM</b>
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
<b>Igiene Personale</b>	<b>BIM</b>
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
<b>Farsi il bagno o la doccia</b>	<b>BIM</b>
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
<b>Abbigliamento</b>	<b>BIM</b>
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
<b>Trasferimenti carrozzina/letto</b>	<b>BIM</b>
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalai.	0
<b>Uso del W.C.</b>	<b>BIM</b>
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarci i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda,	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
<b>Continenza urinaria</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
<b>Continenza intestinale</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi.	5









**VALLE del  
TEVERE**  
 CONSORZIO  
 INTERCOMUNALE  
 PER I SERVIZI E  
 INTERVENTI SOCIALI

## Allegato D

(da presentare all'Ufficio di Piano, a seguito del finanziamento, con cadenza mensile)

Ala cortese attenzione  
 Dell'Ufficio di Piano del  
 Consorzio "Valle del Tevere"  
 c.a. Dott.ssa Simonetta De Mattia

c/o Comune di Formello  
 Piazza San Lorenzo, 8  
 00060 Formello (Rm)  
 ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

**Oggetto: Finanziamenti di progetti personalizzati di intervento, finalizzati al sostegno in favore di persone non autosufficienti (L. R. 20/06) – Piani per le autonomie - beneficiario: \_\_\_\_\_**

**DICE FISCALE**  
 874100585

**MUNI DI**  
 Ampugnano di Roma  
 Capena  
 Castelnuovo di Porto  
 Civitella San Paolo  
 Fiano Romano  
 Genzano di Ardea  
 Formello  
 Genzano Romano  
 Lariano Romano  
 Lavinio  
 Lido di Ostia  
 Lido di Ostia Mare  
 Lido di Ostia Nuova  
 Lido di Ostia Vecchia  
 Lido di Ostia Antica  
 Lido di Ostia Vecchia

Il/La sottoscritto/a ..... in  
 qualità di beneficiario/tutore/genitore di .....  
 richiede il rimborso mensile delle spese sostenute per gli interventi di assistenza  
 indiretta relativi al mese di ..... di cui si  
 rendiconta quanto segue:

mese	Fattura n. del.	Busta paga a favore di	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega copia della fattura/busta paga relativa al servizio erogato e la copia del bonifico bancario effettuato a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio.

Restando in attesa del pagamento della somma, porge distinti saluti.

Il richiedente

.....

**DE LEGALE**  
 Comune di Formello  
 Piazza S. Lorenzo, 8  
 00060 Formello RM

**TELEFONI**  
 06194606-607-608  
 fax 06 9089577

Luogo e data.....

**MAIL**  
 presidente@consorziovalledeltevere.it  
 direttore@consorziovalledeltevere.it  
 amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
 ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
 ufficiopec@pec.consorziovalledeltevere.it

