

25/06/2025

Spett.Le Comune di Livorno
Settore Politiche Sociali e Sociosanitarie
Ufficio Servizi di Sostegno per la Disabilità
e la Non Autosufficienza e Coordinamento
delle Strutture Sociosanitarie

Il/La sottoscritto/a COGNOME NOME, in qualità di legale rappresentante **RAGIONE SOCIALE PARTNER/ATI**, dichiara per il mese rendicontando di avere effettivamente sostenuto le spese riepilogate nella tabella seguente e, consapevole degli effetti penali causabili dal mendacio dichiarativo, ne dichiara l'ammissibilità in ragione del Codice del Terzo Settore e della Convenzione sottoscritta in data **gg/mm/aa.** Altresì acclude alla presente i files comprovanti la spesa di cui alla colonna G della medesima tabella.

Partner:

patner1

Mese rendicontando:

ID Progressivo dell'ultima spesa dell'ultima dichiarazione:

0

Importo totale delle spese dichiarate nel presente documento:

0,00

Automatico

A	B	C	D	E	F	G
ID Progressivo (Celle automatiche)	Azione	Causale della spesa ed eventuali sintetiche note esplicative	Documento del debito o Referente documentale del costo sostenuto	Documento di pagamento	Importo	Denominazione File accluso alla presente (unico file con copie digitali del Documento della corrispondente cella della Colonna D e del Documento della corrispondente cella della Colonna E) (Celle automatiche)
1						1_patner1_

[illegible]

[illegible]