

**MODELLO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO
DISPOSITIVI DPI**

(su carta intestata del soggetto beneficiario)

Spett.le Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

Oggetto: richiesta rimborso di € _____ quale spese
sostenute per l'acquisto di dispositivi DPI da distribuire ai propri iscritti.

Contributo approvato dalla FNOMCeO con deliberazione del Comitato Centrale n°
205 del 26.06.2020.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ a _____ il _____

_____ codice fiscale _____

in qualità di Legale Rappresentante dell' _____ dell'OMCeO

_____ con sede legale in via _____,

telefono n° _____, pec/mail _____,

codice fiscale e/o partita IVA _____, per la

quale assume piena responsabilità, chiede il rimborso delle spese sostenute per
l'acquisto di dispositivi DPI da distribuire ai propri iscritti.

A tal fine allega alla presente:

- relazione finale sugli acquisti effettuati e i destinatari;
- consuntivo finale (ALLEGATO B) delle entrate e delle spese comprensivo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal legale rappresentante, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, corredata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e con l'allegazione della documentazione fiscale (Fatture elettroniche, ricevute fiscali).

Luogo e data

Il Legale Rappresentante