

FORMAT RICHIESTA DI RIMBORSO			
Richiesta : Num. del			
Cocice Intervento (gestito sul sistema IGRUE)		descrizione	
Fondo: Legge n. 183/1987			
Autorità Responsabile :			
Importo totale assegnato :			
Delibera Cipe:			
RENDICONTAZIONE/CERTIFICAZIONE DELLA SPESA			
Con la presente si certifica la spesa seguente alla data del:			
Importo totale spese sostenute :			
Importo rimborso Richiesto*:			
A TITOLO DI PAGAMENTO INTERMEDIO /SALDO			
Al riguardo si dichiara:			
a) Le spese sostenute sono conformi alla normativa di riferimento, nonché corrette, ammissibili e coerenti con gli obiettivi del programma/intervento;			
b) tutti gli atti che hanno determinato la spesa sono corredati della relativa documentazione giustificativa e hanno superato con esito positivo i controlli previsti dal sistema di gestione e controllo adottato, compresi i controlli preventivi di regolarità amministrativa e contabile.			
DETTAGLIO DELLA RENDICONTAZIONE DI SPESA			
ASSE/LINEA	Totale Spesa sostenuta	Importi già rendicontati	Importo rendicontazione attuale
ASSE/LINEA 1(denominazione)			
ASSE/LINEA 2			
ASSE/LINEA 3			
TOTALE			

(*) Al netto degli importi relativi a precedenti rimborsi