**RICHIESTA EROGAZIONE RISORSE PER INTERVENTI FINANZIATI NELL’AMBITO DELLA**

**Missione 5-Componente 2 - Investimento 1.2 Percorsi di Autonomia per Persone con Disabilità**

Il Soggetto Attuatore ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rappresentato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

Che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è stato dato avvio alle attività attraverso l’attivazione dell’equipe multidisciplinare come previsto dal comma 2 dell’art. 9 della Convenzione.

Pertanto

RICHIEDE

L’erogazione di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a titolo di anticipazione relativo al progetto finanziato a valere sulla misura M5C2-1.2 Percorsi di Autonomia per Persone con Disabilità – Avviso 1/2022.

L'importo richiesto è pari al 10% del contributo assegnato all’art. 9 della Convenzione stipulata in data *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la data di sottoscrizione da parte dell’ATS/Comune)*;.

Si chiede pertanto il trasferimento delle risorse sul Numero di Conto xxxxx, corrispondente al conto di Tesoreria Unica Regionale – codice IBAN IT xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx .

Data

 Firma