

RENDICONTO DEGLI IMPORTI DEL "5 PER MILLE DELL'IRPEF" PERCEPITI DAGLI AVENTI DIRITTO

Anagrafica

Denominazione sociale _____
(eventuale acronimo e nome esteso)

Scopi dell'attività sociale _____

C.F. dell'Ente _____

con sede nel Comune di _____ prov _____

CAP _____ via _____

telefono _____ fax _____ email _____

PEC _____

Rappresentante legale _____ C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX

Rendiconto anno finanziario _____

Data di percezione del contributo _____

IMPORTO PERCEPITO _____ EUR

1. Risorse umane _____ EUR

(dettagliare i costi a seconda della causale, per esempio: compensi per personale; rimborsi spesa a favore di volontari e/o del personale). N.B. nel caso in cui i compensi per il personale superano il 50% dell'importo percepito è obbligatorio per le associazioni allegare copia delle buste paga del personale imputato fino alla concorrenza dell'importo rendicontato.

2. Costi di funzionamento _____ EUR

(dettagliare i costi a seconda della causale, per esempio: spese di acqua, gas, elettricità, pulizia; materiale di cancelleria; spese per affitto delle sedi; ecc...)

3. Acquisto beni e servizi _____ EUR

(dettagliare i costi a seconda della causale, per esempio: acquisto e/o noleggio apparecchiature informatiche; acquisto beni immobili; prestazioni eseguite da soggetti esterni all'ente; affitto locali per eventi; ecc...)

4. Erogazioni ai sensi della propria finalità istituzionale _____ EUR

(N.B. In caso di erogazioni liberali in favore di altri enti/soggetti è obbligatorio allegare copia del bonifico effettuato)

5. Altre voci di spesa connesse alla realizzazione di attività direttamente _____ EUR

ricongducibili alle finalità e agli scopi istituzionali del soggetto beneficiario

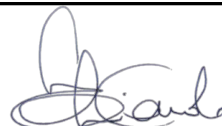
6. Accantonamento _____ EUR

(è possibile accantonare in tutto o in parte l'importo percepito, fermo restando per il soggetto beneficiario l'obbligo di specificare nella relazione allegata al presente documento le finalità dell'accantonamento allegando il verbale dell'organo direttivo che abbia deliberato l'accantonamento. Il soggetto beneficiario è tenuto ad utilizzare le somme accantonate e a rinviare il presente modello entro 24 mesi dalla percezione del contributo)

TOTALE _____ EUR

I soggetti beneficiari sono tenuti a redigere, oltre al presente rendiconto, una relazione che dettagli i costi inseriti e sostenuti ed illustri in maniera analitica ed esaustiva l'utilizzo del contributo percepito.

_____, Li _____



Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)

Il rappresentante legale, con la sottoscrizione del presente rendiconto, attesta l'autenticità delle informazioni contenute nel presente documento e la loro integrale rispondenza con quanto riportato nelle scritture contabili dell'organizzazione, consapevole che, ai sensi degli articoli 47 e 76 del d.P.R. n. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi ovvero ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Il presente rendiconto, inoltre, ai sensi dell'articolo 46 del citato d.P.R. n. 445/2000, deve essere corredato da copia semplice di un documento di identità in corso di validità del soggetto che lo abbia sottoscritto.



Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)



Associazione Amici del Day Hospital
Oncologico di Guastalla ODV

**Spettabile
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Direzione Generale del terzo settore e Della
responsabilità sociale delle imprese
Divisione I
Via Forno n. 8
00192 ROMA**

RACCOMANDATA a mezzo PEC
rendicontazione5xmille@pec.lavoro.gov.it

Guastalla, 9 novembre 2021

OGGETTO: Relazione di rendicontazione dell'utilizzo del 5 x 1000 relativo all'anno Finanziario 2019 – Associazione Amici del Day Hospital Oncologico di Guastalla ODV – CF 90012520350

In data 16/11/2020, la nostra Associazione ha ricevuto la somma di € **33.168,02** **relativa al contributo del 5 x mille anno finanziario 2019.**

Ai sensi della normativa relativa ai contributi del 5x mille, diamo conto delle spese sostenute con l'utilizzo dei fondi come sopra ricevuti.

Ricordiamo che l'Associazione Amici del Day Hospital Oncologico di Guastalla ODV ha per oggetto, come da proprio statuto:

- l'esclusivo perseguimento di finalità di solidarietà sociale;
- svolge attività a favore delle persone affette da malattie oncologiche al fine di assistenza e solidarietà agli ammalati di tale tipologia;
- opera a supporto psicologico e logistico con l'assistenza al malato per il superamento dei problemi connessi alla malattia;
- è di sostegno ai pazienti nell'evoluzione delle cure ed aiuto a concretizzarne la realizzazione.

Tra le Attività Istituzionali svolte dall'Associazione figura in particolare:

- il “Servizio di Accompagnamento Pazienti Oncologici” che consiste nell'accompagnamento dei Pazienti dal domicilio ai luoghi di erogazione delle cure e viceversa. Tale servizio viene erogato tramite l'attività di Volontari e con l'utilizzo di sei automezzi di proprietà dell'Associazione.

Sede legale: via Donatori di Sangue – 42016 Guastalla (Reggio Emilia)

Sede operativa: via Gonzaga 5, 42016 Guastalla (Reggio Emilia)

C.F.: 90012520350 – Tel. 0522/824827 – Cell. 366.6755.515

E-mail: associazione@amicidhguastalla.it

www.amicidhguastalla.it



Associazione Amici del Day Hospital
Oncologico di Guastalla ODV

I fondi relativi al 5 x 1000 dell'anno Finanziario 2019 sono stati interamente utilizzati per l'importo di € **33.168,02** a parziale copertura (costo totale € 35.000,00) dei costi di acquisto di un nuovo automezzo destinato all'erogazione del servizio di Accompagnamento dei Pazienti. Nello specifico si tratta dell'autoveicolo FORD Transit modello Custom Tourneo – telaio n. WF03XXTTG3MC83369 – targato GF966XW

Di seguito elenco delle fatture/ricevute e relativo dettaglio degli oneri finanziati:

➤ **Servizio di Accompagnamento Pazienti Oncologici**

data fattura	importo	data pagamento	Fornitura
29/10/2021	35.000,00	26/19/2021	SEVERI & SCORCIONI SPA Fatt. n. 1917/29 del 29/10/2021

A corredo si allega:

- Copia della fattura sopra elencata.
- Dichiarazione assenza di altri contributi pubblici
- Fotocopia della Carta d'Identità del Legale Rappresentante
- Modello di rendicontazione composto di due pagine.

Da ultimo, come richiesto dalla normativa, si conferma che l'Associazione ha provveduto a pubblicare sul proprio sito web dettaglio dell'importo ricevuto e del relativo rendiconto di utilizzo.

Si riporta di seguito il "link" relativo alla pagina web contenente i dati come sopra pubblicati:

<http://www.amicidhoguastalla.it/chi-siamo/5-x-mille/>

In fede.

Amici del D.H.O. di Guastalla ODV
Il Presidente Corrado Taboni

Sede legale: via Donatori di Sangue – 42016 Guastalla (Reggio Emilia)
Sede operativa: via Gonzaga 5, 42016 Guastalla (Reggio Emilia)
C.F.: 90012520350 – Tel. 0522/824827 – Cell. 366.6755.515
E-mail: associazione@amicidhoguastalla.it
www.amicidhoguastalla.it