



PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

MODULISTICA PER LA RENDICONTAZIONE

- Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili -

SEZIONE "A" - SCHEDA ANAGRAFICA SOGGETTO RESPONSABILE DELLA SPESA

ENTE	INSERIRE NOME DELL'ENTE
COMUNE	INSERIRE NOME DEL COMUNE
PROVINCIA	INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA
REGIONE	INSERIRE NOME DELLA REGIONE

SEZIONE "B" - SCHEDA RIEPILOGATIVA VOCI DI SPESA

		IMPORTO
1	ALLESTIMENTO STRUTTURE TEMPORANEE	€ -
2	ASSISTENZA DOMICILIARE (POSITIVI / QUARANTENATI)	€ -
3	DISTRIBUZIONE MEDICINALI	€ -
4	GESTIONE E RACCOLTA RIFIUTI EXTRA CONTRATTO	€ -
5	ASSISTENZA ALBERGHIERA POSITIVI / QUARANTENATI	€ -
6	ASSISTENZA ALBERGHIERA MEDICI / INFERMIERI / OPERATORI SOCIO SANITARI	€ -
7	ONERI DI VOLONTARIATO (articoli 39 e 40 del Decreto Legislativo n. 1 del 02 gennaio 2018)	€ -
8	ALTRE ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE	€ -
9	PREMIO DI SOLIDARIETÀ - OPERATORI SOCIO SANITARI	€ -

TOTALE

€

-

SEZIONE "B" - SCHEDA 1 - "ALLESTIMENTO STRUTTURE TEMPORANEE"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>		PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>		REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>		IMPORTE COMPLESSIVO € -								
#	STRUTTURA <i>(indicare Comune ed indirizzo)</i>	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTE €	
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTE TOTALE	NUMERO	DATA		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>																



SEZIONE "B" - SCHEDA 2 - "ASSISTENZA DOMICILIARE (POSITIVI / QUARANTENATI)"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>	COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>	PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>	REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>	IMPORTO COMPLESSIVO € -
---	--	--	--	-----------------------------------

#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
			NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>															

SEZIONE "B" - SCHEDA 3 - "DISTRIBUZIONE MEDICINALI"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>			PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>				REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>			IMPORTO COMPLESSIVO € -				
#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	TRATTA <i>(da indicare solo in caso di trasporto)</i>	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>																

SEZIONE "B" - SCHEDA 4 - "GESTIONE E RACCOLTA RIFIUTI EXTRA CONTRATTO"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>		PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>		REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>		IMPORTO COMPLESSIVO € -								
#	DESCRIZIONE FORNITURA <i>(tipologia del rifiuto)</i>	CODICE CER <i>(Codice Europeo del Rifiuto)</i>	QUANTITÀ	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>																



SEZIONE "B" - SCHEDA 5 - "ASSISTENZA ALBERGHIERA POSITIVI / QUARANTENATI"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>	COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>	PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>	REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>	IMPORTO COMPLESSIVO € -
---	--	--	--	-----------------------------------

#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
			NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>															

SEZIONE "B" - SCHEDA 6 - "ASSISTENZA ALBERGHIERA MEDICI / INFERMIERI / OPERATORI SOCIO SANITARI"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>		PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>		REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>		IMPORTO COMPLESSIVO € -							
#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	INDICARE: M/I = MEDICI / INFERMIERI OSS = OPERATORI SOCIO SANITARI	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO		ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO		DATA
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>															

SEZIONE "B" - SCHEDA 7 - "ONERI VOLONTARIATO"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>			PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>			REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>			IMPORTO COMPLESSIVO € -				
#	NOME ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO	A = Rimborso al lavoratore autonomo	GIORNI DI IMPIEGO	COGNOME VOLONTARIO	NOME VOLONTARIO	CODICE FISCALE VOLONTARIO	DATA DI NASCITA DEL VOLONTARIO	NOME DITTA	P.IVA	ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
		D = Rimborso al lavoratore dipendente	GIORNI DI IMPIEGO	COGNOME VOLONTARIO	NOME VOLONTARIO	CODICE FISCALE VOLONTARIO	DATA DI NASCITA DEL VOLONTARIO	NOME DATORE DI LAVORO	P.IVA DATORE DI LAVORO	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
		R = Ripristino materiali e mezzi	QUANTITÀ	NOME FORNITORE	P. IVA / C.F. FORNITORE	NUMERO FATTURA / SCONTRINO	DATA FATTURA / SCONTRINO	IMPONIBILE FATTURA / SCONTRINO	IVA FATTURA / SCONTRINO	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>															

SEZIONE "B" - SCHEDA 8 - "ALTRE ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE"

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>			PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>				REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>			IMPORTO COMPLESSIVO € -				
#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	TRATTA <i>(da indicare solo in caso di trasporto)</i>	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>																

SEZIONE "B" - SCHEDA 9 - PREMIO DI SOLIDARIETÀ - OPERATORI SOCIO SANITARI

ENTE <i>INSERIRE NOME DELL'ENTE</i>		COMUNE <i>INSERIRE NOME DEL COMUNE</i>			PROVINCIA <i>INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA</i>		REGIONE <i>INSERIRE NOME DELLA REGIONE</i>		IMPORTO COMPLESSIVO € -						
#	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	PERIODO DI RIFERIMENTO	N. GIORNI EFFETTIVO IMPIEGO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
									CEDOLINO STIPENDIO <i>(indicare mensilità)</i>	NUMERO O.P.	DATA O.P.	IMPORTO TOTALE	NUMERO		DATA
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>															