

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

Anagrafica

Denominazione sociale ASSOCIAZIONE CENTRO PER I DIRITTI DEL MALATO ODV
(eventuale acronimo e nome esteso)

Scopi dell'attività sociale TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO

C.F. dell'Ente 92008750249

con sede nel Comune di SCHIO prov VI

CAP 36015 via C. DE LELLIS 1

telefono 3248908985 fax _____ email cdmsc@aulss7.veneto.it

PEC cdmsc@pec.csv vicenza.it

Rappresentante legale GASPARONI BRUNA MARIA C.F. GSPBNM52E55I531F

Rendiconto anno finanziario 2023

Data di percezione del contributo 27.12.2024

IMPORTO PERCEPITO 238,19 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 50,72 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 47,00 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 260,99 EUR

ricongrueibili alle finalità e agli scopi istituzionali del soggetto beneficiario

6. Accantonamento -120,52 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 358,71 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.

SCHIO, Li 10.12.2025


Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)

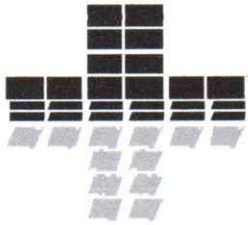
Note: Il rendiconto deve essere compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente stampato, firmato - dal legale rappresentante - e inviato, mediante raccomandata A/R oppure all'indirizzo PEC dgterzosettore.div1@pec.lavoro.gov.it - completo della relazione illustrativa e della copia del documento di identità del legale rappresentante.

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 "Centro per i diritti del Malato" Schio

iscritta al reg. reg.org.volont.n. VI 308 c.Casa della salute 36015 Schio -VI

Codice Fiscale 92008750249 - Telefono 324 8908985

e.mail cdmsc@aulss7.veneto.it - PEC cdmsc@pec.csv.vicenza.it

RELAZIONE COSTI SOSTENUTI CON CINQUE PER MILLE

ANNO FINANZIARIO 2023

IMPORTO RICEVUTO IN DATA 27/12/2024 Euro 238,19

L'importo di € 238,19 ricevuto in data 27.12.2024 e il residuo anno 2024 pari a € 120,52, per un totale di € 358,71 è stato utilizzato per il pagamento di :

Pagamento fatt. ARUBA per sito Internet pagata il 12.11.2025 € 60,99
n. 1000253008994897

Pagamento assicurazione infortuni volontari effettuato in data 26.02.2025
alla UNIPOL Ass.ni Polizza 022917348 per l'importo di € 200,00

Fatt. ABACO 05.02.2025 x affissione locandine tesseramento € 29,00
Locandine tesseramento 5.2.2025 Copytecnica € 18,00

Rimborso spese trasporto 7.11.2025 e 30.11.2025 € 50,72

Importo totale utilizzato € 358,71

Schio, 10.12.2025

Centro per i Diritti del Malato

La Presidente

Bruna Maria Gasparoni