



**PROTEZIONE CIVILE**  
 Presidenza del Consiglio dei Ministri  
 Dipartimento della Protezione Civile

**MODULISTICA PER LA RENDICONTAZIONE**

- Emergenza relativa all'accoglienza, al soccorso ed all'assistenza alla popolazione dell'Ucraina -

**SEZIONE "A" - ANAGRAFICA**

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA

REGIONE MARCHE

**SEZIONE "B" - RIEPILOGO PER TIPOLOGIA DI SPESA**

**IMPORTO**

1	<b>B1 - SOCCORSO E PRIMA ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE</b>	€	-
2	<b>B2 - ALLESTIMENTO, GESTIONE E SMANTELLAMENTO STRUTTURE TEMPORANEE DI ACCOGLIENZA</b>	€	-
3	<b>B3 - TRASPORTI PUBBLICI E PRIVATI</b>	€	-
4	<b>B4 - SISTEMAZIONI ALLOGGIATIVE ALTERNATIVE</b>	€	268.380,00
5	<b>B5 - SERVIZI DI SUPPORTO PROTEZIONE CIVILE</b>	€	-
6	<b>B6 - ONERI DI PERSONALE OCDPC N. 882 DEL 30 MARZO 2022</b>	€	-
7	<b>B7 - ALTRE TIPOLOGIA DI SPESA</b>	€	-
<b>TOTALE</b>		<b>€</b>	<b>268.380,00</b>

SEZIONE "C" - DETTAGLIO PER TIPOLOGIA DI SPESA (NON INCLUDE SPESE DI PERSONALE)"														REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA		IMPORTO COMPLESSIVO		
														REGIONE MARCHE		€ 268.380,00		
Progressivo	SOGGETTO RESPONSABILE DELLA SPESA		Tipologia di spesa (Menù a discesa)	Voce di Spesa (Menù a discesa)	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ o N° PERSONE	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO		ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO		ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO € (di cui si chiede il rimborso)	EVENTUALE AUTORIZZAZIONE DICOMAC/SM/DPC	NOTE	ALERT SULL'OBLIGATORIETA' DI COMPILAZIONE DEL CAMPO NOTE
	TIPOLOGIA ENTE	DENOMINAZIONE ENTE					NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	NUMERO	DATA	NUMERO	DATA				
1	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	Ospitata presso Camping Lago Azzurro di Altidona (FM) per	95	OL.TA. SRLS UNIP.	02378400440	22	30/06/2022	107	05/09/2022		07/09/2022	132.054,55		2811	OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
2	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	Versamento IVA fatt. 22 del 30/06/2022 OL.TA. SRLS UNIP. - rif. riga 01		Tesoro dello Stato				108	05/09/2022		06/09/2022	13.205,45			OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
3	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	Ospitata presso Centro Vacanze Garden River di Altidona (FM) per	6	GESTIONI TURISTICHE SRL	02295950444	1/PA	14/06/2022	109	09/09/2022		22/09/2022	1.800,00		40	OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
4	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	Ospitata presso Centro Vacanze Garden River di Altidona (FM) per	38	GESTIONI TURISTICHE SRL	02295950444	2/PA	22/07/2022	109	09/09/2022		22/09/2022	46.854,54		933	OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
5	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	Ospitata presso Centro Vacanze Garden River di Altidona (FM) per	43	GESTIONI TURISTICHE SRL	02295950444	3/PA	02/08/2022	109	09/09/2022		22/09/2022	63.272,73		1273	OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
6	Regione - Provincia Autonoma	Regione Marche	B4 - Sistemazioni alloggiative alternative	Alberghi /ostelli / altre strutture ricettive	versamento IVA fatt. 1/PA del 14/06/2022 - fatt. 2/PA del 22/07/2022 - fatt. 3/PA del 02/08/2022 GESTIONI		Tesoro dello Stato				110	09/09/2022		21/09/2022	11.192,73			OBLIGATORIO: NUMERO GIORNI (NOTTI)
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		

SEZIONE "D" - DETTAGLIO TIPOLOGIA DI SPESA B6 - ONERI DI PERSONALE													REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	IMPORTO COMPLESSIVO				
													REGIONE MARCHE	€ -				
Progressivo	SOGGETTO RESPONSABILE DELLA SPESA		EVENTUALE AUTORIZZAZIONE DICOMAC/SM/DPC	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	QUANTITÀ <i>(ore o giorni nel periodo di riferimento)</i>	Voce di Spesa <i>(Menù a discesa)</i>	QUALIFICA	MESE-ANNO DI RIFERIMENTO <i>(apr-2022)</i>	TIPO EMOLUMENTO <b>IM</b> = Indennità Mensile <b>S</b> = Straordinario	ESTREMI PAGAMENTO <i>(indicare una delle due opzioni: cedolino oppure OP)</i>			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO € <i>(di cui si chiede il rimborso)</i>	N. ASSISTITI PRESENTI NEL TERRITORIO DELL'ENTE	NOTE
	TIPOLOGIA ENTE	DENOMINAZIONE ENTE									CEDOLINO STIPENDIO <i>(indicare mensilità)</i>	NUMERO O.P.	DATA O.P.	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																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		
51																		
52																		
53																		
54																		
55																		
56																		
57																		
58																		
59																		
60																		
61																		
62																		
63																		
64																		
65																		
66																		
67																		
68																		
69																		
70																		
71																		
72																		
73																		