

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

### Anagrafica

Denominazione sociale ASSOCIAZIONE DI TUTELA DIRITTI DEL MALATO  
(eventuale acronimo e nome esteso)

Scopi dell'attività sociale TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI IN RIFERIMENTO A PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE

C.F. dell'Ente 94072900304

con sede nel Comune di MORUZZO prov UD

CAP 33030 via DE RUBEIS 5

telefono 0432 552227 fax \_\_\_\_\_ email dirittimalatoudine@gmail.com

PEC dirittimalatoudine@pec.csvfvg.it

Rappresentante legale Anna Agrizzi C.F. GRZNN83M46L483A

### Rendiconto anno finanziario 2019

Data di percezione del contributo	<u>07/08/2019</u>	
IMPORTO PERCEPITO	<u>4.915,46</u>	EUR
1. Risorse umane (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.	<u>2.228,70</u>	EUR
2. Costi di funzionamento (dettagliare i costi a seconda della causale, per esempio: spese di acqua, gas, elettricità, pulizia; materiale di cancelleria; spese per affitto delle sedi; ecc...)	<u>843,66</u>	EUR
3. Acquisto beni e servizi (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...)	<u>1.942,35</u>	EUR
4. Erogazioni ai sensi della propria finalità istituzionale (N.B. In caso di erogazioni liberali in favore di altri enti/soggetti è obbligatorio allegare copia del bonifico effettuato)	_____	EUR
5. Altre voci di spesa connesse alla realizzazione di attività direttamente riconducibili alle finalità e agli scopi istituzionali del soggetto beneficiario	<u>701,00</u>	EUR
6. Accantonamento (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)	_____	EUR
TOTALE	<u>5.014,71</u>	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.**

UDINE \_\_\_\_\_, Li 7 agosto 2020

ASSOCIAZIONE DI TUTELA  
DIRITTI DEL MALATO  
DI UDINE

Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)  
Piazzale S. Maria della Misericordia, 15  
33100 UDINE - Tel. 0432 552227

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 [rendicontazione5xmille@pec.lavoro.gov.it](mailto:rendicontazione5xmille@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.

ASSOCIAZIONE DI TUTELA  
DIRITTI DEL MALATO  
DI UDINE

Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)

Piazzale S. Maria della Misericordia, 15  
33100 UDINE - Tel. 0432 552227  
C.F. 04072900304

Associazione di tutela  
**DIRITTI DEL MALATO**

della provincia di Udine

Organizzazione di volontariato (Odv)  
iscrizione registro regionale F.V.G. N368  
sede operativa c/o Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale  
Ple S. Maria della Misericordia 11 - 33100 Udine  
sede legale via De Rubeis 5 33030 Moruzzo

tel. - 0432552227  
urgenze 335 537 9030  
CF 94072900304

email: [dirittimalatoudine@gmail.com](mailto:dirittimalatoudine@gmail.com)  
[pec.dirittimalatoudine@csvfvg.it](mailto:pec.dirittimalatoudine@csvfvg.it)

## Relazione Utilizzo 5 per Mille per anno 2017

a seguito incasso 5 per mille avvenuto il 07 agosto 2019 pari a euro 4.915,46 si è ritenuto di utilizzare l'importo come segue:

Rimborso spese carburante a Volontari Associati	euro	2.228,70
Spese cancelleria, cartellonistica per eventi, sanificazione, commercialista, aggiornamento piattaforma sito ecc.	euro	843,66
Acquisto piccole attrezzature : (Gazebo, Condizionatore portatile, Cordless, Computer e Monitor, Hdd esterno ecc.)	euro	1.942,35
		<hr/>
<b>per un totale di</b>	<b>euro</b>	<b>5.014,71</b>

Il Presidente

ASSOCIAZIONE DI TUTELA  
DIRITTI DEL MALATO  
DI UDINE  
- ONLUS -  
Sede presso Az. Ospedaliera Universitaria  
Piazzale S. Maria della Misericordia, 15  
33100 UDINE - Tel. 0432 552227  
C.F. 94072900304

