



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

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	€ -
10	ONERI DI PERSONALE (OCDPC n. 690 del 31.07.2020 e s.m.i)	€ -
11	COMPENSI PER GLI OPERATORI SANITARI E PER GLI ADDETTI ALL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA (OCDPC n. 709 del 24.10.2020)	€ -

TOTALE

€

-

SEZIONE "B" - SCHEDA 1 - "ALLESTIMENTO STRUTTURE TEMPORANEE"														
ENTE		COMUNE		PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO						
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€			-			
#	STRUTTURA (indicare Comune ed indirizzo)	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	
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														
INSERIMENTO NUOVA RIGA														

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

ENTE		COMUNE		PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO	
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€	-

#	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														
INSERIMENTO NUOVA RIGA														

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

ENTE		COMUNE			PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO	
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE			INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€	-

#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	TRATTA (da indicare solo in caso di trasporto)	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO		ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	
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														
INSERIMENTO NUOVA RIGA														

SEZIONE "B" - SCHEDA 4 - "GESTIONE E RACCOLTA RIFIUTI EXTRA CONTRATTO"															
ENTE		COMUNE		PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO							
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€ -							
#	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															
INSERIMENTO NUOVA RIGA															

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

ENTE		COMUNE		PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO	
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€ -	

#	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														
INSERIMENTO NUOVA RIGA														

SEZIONE "B" - SCHEDA 6 - "ASSISTENZA ALBERGHIERA MEDICI / INFERMIERI / OPERATORI SOCIO SANITARI"															
ENTE				COMUNE		PROVINCIA			REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO				
INSERIRE NOME DELL'ENTE				INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA			INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€ -				
#	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															
INSERIMENTO NUOVA RIGA															

SEZIONE "B" - SCHEDA 7 - "ONERI VOLONTARIATO"															
ENTE			COMUNE			PROVINCIA			REGIONE			IMPORTO COMPLESSIVO			
INSERIRE NOME DELL'ENTE			INSERIRE NOME DEL COMUNE			INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA			INSERIRE NOME DELLA REGIONE			€ -			
#	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						
		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															
INSERIMENTO NUOVA RIGA															

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

ENTE		COMUNE			PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO	
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE			INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€	-

#	DESCRIZIONE FORNITURA	QUANTITÀ	TRATTA (da indicare solo in caso di trasporto)	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO		ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	
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														
INSERIMENTO NUOVA RIGA														

SEZIONE "B" - SCHEDA 9 - PREMIO DI SOLIDARIETÀ - OPERATORI SOCIO SANITARI															
ENTE		COMUNE			PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO						
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE			INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€ -						
#	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	PERIODO DI RIFERIMENTO	N. GIORNI EFFETTIVO IMPIEGO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO indicare una delle 2 opzioni				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
									CEDOLINO STIPENDIO (indicare mensilità)	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															
INSERIMENTO NUOVA RIGA															

SEZIONE "B" - SCHEDA 10 - "ONERI DI PERSONALE (OCDPC n. 690 del 31.07.2020 e s.m.i.)"

ENTE		COMUNE			PROVINCIA			REGIONE			IMPORTO COMPLESSIVO						
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE			INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA			INSERIRE NOME DELLA REGIONE			€ -						
#	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	MESE-ANNO DI RIFERIMENTO (Es. feb-2020)	TIPO EMOLUMENTO	MISURA COMPENSO (tariffa lordo dipendente)	QUANTITÀ (ore c/o giorni)	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
						S = straordinario IM = indennità mensile dirigenti e P.O.					CEDOLINO STIPENDIO (indicare mensilità)	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																	
INSERIMENTO NUOVA RIGA																	

SEZIONE "B" - SCHEDA 11 - "COMPENSI PER GLI OPERATORI SANITARI E PER GLI ADDETTI ALL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA (OCDPC n. 709 del 24.10.2020)"

ENTE		COMUNE		PROVINCIA		REGIONE		IMPORTO COMPLESSIVO	
INSERIRE NOME DELL'ENTE		INSERIRE NOME DEL COMUNE		INSERIRE NOME DELLA PROVINCIA		INSERIRE NOME DELLA REGIONE		€ -	

#	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA OSM = Operatori Sanitari - Medici OSA = Operatori Sanitari - altra tipologia AAA = Addetti Attività Amministrativa AAS = Studenti	MESE-ANNO DI RIFERIMENTO (Es. feb-2020)	QUANTITÀ (ore)	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €	
									CEDOLINO STIPENDIO (indicare mensilità)	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																
INSERIMENTO NUOVA RIGA																