



ANEXO A
“MODELO DE RELACIÓN DE JUSTIFICANTES PRESENTADOS”
PROGRAMA REINA LETIZIA PARA LA INCLUSIÓN – IV EDICIÓN

Núm. de DNI: _____

Persona beneficiaria: _____

Representante legal (en su caso): _____

LA CANTIDAD IMPUTADA NO PUEDE SUPERAR LA APROBADA EN LA RESOLUCIÓN
PARA CADA CONCEPTO CONCRETO

NÚMERO	FECHA DEL JUSTIFICANTE	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	IMPORTE TOTAL DEL JUSTIFICANTE	CANTIDAD IMPUTADA A LA AYUDA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9	Solo en caso de Gastos de DESPLAZAMIENTO	LIQUIDACIÓN DE GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	ANEXO B	
		TOTAL		

En....., a.... de..... de.....

Firmado: