**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2022**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE**

**CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA‘**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii)

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................... nato/a a .............................………….…………..…………….. il ………………..…………………. residente a ………………………………...… in via ………….……………………………..n. .…... C.F.……………………………………………………………………………………………………. Tel. ……………………Cell. ………………………email:…………………………………………..

in qualità di genitore/tutore di ………………………………..………………………………… nato/a .………….…………………………………………………………… il …………….......... residente a ………………………………………..… in via ……………………………….….. n. ….

C.F. …………………………………………………………….……………………………………...

* visto l’Avviso pubblico distrettuale del 30.08.2022 e preso atto di tutto quanto in esso contenuto;
* vista la domanda presentata ai sensi del predetto Avviso;
* vista la Valutazione Multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all’Albo regionale 2022

Nominativo/i: ………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, di cui all’art. 75 del richiamato DPR, sotto la propria personale responsabilità,

# DICHIARA

1. che la documentazione di seguito indicata e allegata in copia costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii. concordati in sede di Valutazione Multidimensionale;
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da
	* fattura n. del per € emessa da

per un totale di € (importo in lettere )

1. di custodire gli originali della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell’Ente;
2. di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

# MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto

|  |  |
| --- | --- |
| Istituto bancario |  |
| Indirizzo |  | Città |  |
| Agenzia n° |  |  |
| Coordinate Bancarie(Codice IBAN) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| È obbligatorio indicare la dicitura completa dell’istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. n caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento. |

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

Luogo e data

Firma

**Il presente modello debitamente compilato va consegnato entro il 31.01.2023 al protocollo del Comune di Montefiascone, come disposto dall’Avviso Pubblico del 30/08/2022 pubblicato dal Comune di Montefiascone - Capofila del Distretto VT/1.**