

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI  
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

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. ....

-vista la mia domanda, con numero identificativo ....., ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n.....del .....

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto

Nominativo:.....

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm. e ii.;

1)- 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 € \_\_\_\_\_**

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

Istituto bancario																	
Indirizzo											Città						
Agenzia n°																	
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																	

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In 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 secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n..... del ..... emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.....