



Modello "c"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'**
(AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 GENNAIO 2019, N. 1 e ss.mm.ii.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(AI SENSI DELL'ART. 76 DEL d.p.r. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n.

C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

in qualità di genitore/tutore di _____

nato/a 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 al valutazione multidimensionale effettuata;

- indicare il nominativo/i del professionista scelto:

Nominativo: _____

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 concordanti in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.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 CONTIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

--

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 casella relative al codice IBAN. in caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.			

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti in domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e 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.

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico _____ del _____ emanato dal Comune di _____ ente capofila del Distretto Socio Sanitario LT5.