Modello "C"

Dichiarazione Delle Spese Sostenute

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ PRESCOLARE FINO AI 12 ANNI– ANNO 2026

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, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

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;

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 dei controlli da parte dell'Ente;

3) di <u>non</u> percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

.

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 empestività 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.