

MODELLO C

**Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con
con minori in età evolutiva prescolare con disturbi dello spettro autistico**

**All'Ufficio di Piano
Distretto Socio Sanitario RM 5.6
Largo Lavatoio snc
00032 Carpineto Romano (RM)**

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

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:.....

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

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 degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

Luogo e Data _____

Firma



REGIONE
LAZIO

Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

Istituto bancario																																																													
Indirizzo																		Città																																											
Agenzia n°																																																													
	Coordinate Bancarie																																																												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																												
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.																																																													

Luogo e Data _____

Firma

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 emanato dal Comune di Carpineto Romano capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6.

