







DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE 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 ail
residente a
C.F
Tel
in qualità di genitore/tutore di
il residente
a
C.F
-vista la mia domanda, con numero identificativo, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto ndel;
-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:			
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; 			
l) - fattura n. del	per €	_ emessa da	
		emessa da	
	-	emessa da	
		emessa da	
- fattura ndel	per €	emessa da	
- fattura ndel	per €	emessa da	
- fattura ndel	per €	emessa da	
- fattura ndel	per €	emessa da	
- fattura ndel	per €	_ emessa da	
- fattura ndel	_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 <u>non</u> 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) 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.