 **

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA‘**

(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 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: …………………………………….

 **

# 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:

1) 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.ii.;

* 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 € (importo in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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;

 **

**MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituto bancario |  |
| Indirizzo |  | Città |  |
| Agenzia n°  |  |  |
| Coordinate Bancarie(Codice IBAN) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| È 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 entro il 31.01.2025 al Comune di residenza, come disposto dall’Avviso pubblico del 08/08/2024 emanato dal Consorzio dei Comuni del cassinate - capofila del distretto socio-sanitario FR/D**