# Modello “B”

***DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNUALITA’ 2025***

*Al Comune di*

*Al Consorzio dei Comuni del Cassinate*

*Tramite il Comunde di Residenza*

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO DAL DODICESIMO**

**ANNO DI ETA’ E UN GIORNO, FINO AI**

**DICIASSETTE ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n.1e 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 valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il/i nominativo/i del/dei professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all’Albo regionale di cui all’art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1, e ss.mm.ii.

Nominativo/i:………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………...

# Modello “B”

***DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNUALITA’ 2025***

## 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
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da

##  per un totale di €

1. di avere copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell’Ente;
2. di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

# Modello “B”

***DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNUALITA’ 2025***

## MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto – Genitore / Tutore / Amministratore di Sostegno :

|  |  |
| --- | --- |
| 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 entro il 31.01.2026.

***Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri -Ministro per le disabilità***