

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTROAUTISTICO
12-18 ANNI (NON COMPIUTI)**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. e della D.G.R. n. 289/2023)

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 veritieri, 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 e ss.mm.ii.;

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 controlli da parte dell'Ente;

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 _____