



**Modello "C"**  
**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

*Al Comune di \_\_\_\_\_*

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**  
**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI**  
**FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO**  
(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:

- 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 \_\_\_\_\_

**per un totale di € \_\_\_\_\_**

- 2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportuni 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)																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></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.																												

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 approvato con determina dirigenziale n. XX del XX.XX.XXXX emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.