REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

C_C816 - - 1 - 2020-08-12 - 0026565

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

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

C_C816 - - 1 - 2020-08-12 - 0026565

- 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 2010:

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 degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice			
E' obbligatorio indicare la dicitura completa de l'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. 26534 del 12/08/2020 Emanato dalL'Ente capofila di distretto socio-sanitario.

C_C816 - - 1 - 2020-08-12 - 0026565