DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

*Modello C*

***DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER 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.)*

*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 di protocollo _____ del _____, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n. ____ del __/__/2024;*

*- vista la valutazione multidimensionale effettuata;*

*Indicare il nominativo del/dei professionista/i scelto/i:*

_____

_____

***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. n. 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.;*

*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 allegare al presente modulo le copie delle fatture sopra descritte con relativa prova di pagamento (es. ricevuta di bonifico, quietanza timbrata, ecc.);*

*3) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e dei controlli da parte dell'Ente;*

***MODALITÀ 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 secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con Determinazione n. 824 del 12/09/2024 emanato dal Comune di Colleferro in qualità di capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.6.*