# Modello “C” Dichiarazione delle Spese Sostenute

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ PRESCOLARE E FINO A 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI – ANNO 2025**

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, tra gli iscritti all’Albo regionale di cui all’art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

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:

1. 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;
   * 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 agli atti gli originali o 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.

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 empestività 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