



**REGIONE
LAZIO**



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
**ASL
ROMA 5**



RMG3
TIVOLI



RMG1
MONTEROTONDO



RMG2
GUIDONIA M.



RMG4
OLEVANO R.



RMG5
SAN VITO R.



RMG6
CARPINETO R.

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 __/__/2022;
- 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 Area Sociale n. 67 Reg. Gen. N. 455 del 22/09/2022, emanato dal Comune di Subiaco in qualità di Ente capofila del distretto socio-sanitario RM5.4.