



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



Modello C

**AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO
ECONOMICO**

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;

INDICA

il nominativo/i del professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1*

* in caso di professionista non iscritto ma che abbia presentato richiesta di iscrizione, allegare autodichiarazione dello stesso professionista.

Nominativo/i Professionista/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 _____

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 _____

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 € _____

* Indicare il Professionista (NON L'ENTE)

2) 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;

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

4) di scegliere la seguente **MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO:**

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto (Nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, codice fiscale) :

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'articolo 6 dall'avviso pubblico emanato dal Comune di San Vito Romano in qualità di Ente capofila del distretto sociosanitario RM5.5.