

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SOSTEGNO ECONOMICO
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO
NELLE FASCE D'ETÀ 0-11 ANNI E 12-17 ANNI**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. e . e della D.G.R. n. 289/2023)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a
nato/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 valutazione multidimensionale effettuata e/o l'autodichiarazione delle spese presunti mensili previste nell'annualità di cui al presente Avviso e preso atto della graduatoria distrettuale approvata:

- ☐ Si 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:

Nominativo/i Professionista/i:

.....
.....
.....

- ☐ In caso di professionista non iscritto ma che abbia presentato richiesta di iscrizione all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n. 1, si allega autodichiarazione che attesta l'avvenuta presentazione della domanda di iscrizione all'Elenco di cui sopra.

D I C H I A R A

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 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 ed effettuati nei 12 mesi dell'annualità di cui al presente Avviso pubblico, ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2019;

- 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 importo complessivo di € _____.

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

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

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

Istituto bancario:

Città:

Agenzia n.:

Agenzia n.:

Coordinate bancarie (CODICE IBAN):

[illegible]

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