



COMUNE DI APRILIA
SETTORE III – UFFICIO
DI PIANO



Modello “D”

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNUALITA' 2024

Al Comune di _____

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI
NELLO SPETTRO AUTISTICO DAL DODICESIMO
ANNO DI ETA' E UN GIORNO, FINO AI
DICIASSETTE ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI
 (ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n.1e
 ss.mm.ii.)

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/i nominativo/i del/dei professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1, e ss.mm.ii.

Nominativo/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. 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;

1)

- 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 € _____

- 2) 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;
- 3) 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 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 entro il 31.01.2025.