



REGIONE
LAZIO



Modello "B"

*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 succ. modifiche)

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

..... 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 propria domanda, con numero identificativo _____, ammessa all'erogazione del
sostegno economico con atto n ____ del _____;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;



REGIONE
LAZIO



Indica il/i nominativo/i del professionista scelto liberamente, iscritto nell'Elenco di cui all'art. 3 del r.r. 1/2019

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 e succ. modifiche;

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 _____

per un totale di € _____

- 2) di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;
- 3) di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi



N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante

Intestatario conto: Istituto bancario

Città

Agenzia n°

Coordinate Bancarie
(Codice IBAN)

[illegible]

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