

Modello “C”
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Al Comune di _____

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e 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.

- Ad integrazione della domanda per la misura di che trattasi trasmessa in data

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 per dichiarazioni mendaci o formazione e uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità, che:

- I trattamenti per cui si richiede il contributo sono effettuati dai seguenti professionisti:

- Gli altri soggetti esercenti la responsabilità genitoriale sul minore sono stati informati e concordano con la presente richiesta di sostegno;

- Le ricevute/fatture allegate provano le spese effettivamente sostenute per i trattamenti indicati nell'Avviso Pubblico e nel Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii., ed evincono chiaramente i nominativi dei professionisti per i quali si richiede la presente misura di sostegno.

- 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 degli opportuni richieste e controlli da parte dell'Ente;

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 approvato con determina dirigenziale n. 448 del 16/09/2026 emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.