



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.

-vista la mia domanda, con numero identificativo....., ammissibile all'erogazione del sostegno
economico con atto n..... del.....;



-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto;

Nominativo:.....

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritive, 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 ss.mm.ii.;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 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)			
<input type="text"/>			
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. 262 del 05.11.2025 emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.