



**DISTRETTO SOCIALE VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE  
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO  
SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**  
(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 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:

Allegato 2 - Copia Documento  
C\_D024 - ACC9864 - 1 - 2024-10-11 - 0042378  
COMUNE DI MONTALTO DI CASTRO  
Ufficio di Assistenza Sociale  
11-10-2024



## DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

### DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

- 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 2010:

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 opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

--

Istituto bancario					
Indirizzo		Città			
Agenzia n°					
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)					

E' obbligatorio indicare la dicitura completa de l'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 n. 41731 del 08/10/2024 Emanato dall'Ente capofila di Distretto sociale VT2.

COMUNE DI MONTALTO DI CASTRO  
 DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2  
 Allegato 2 - Copia Documento  
 C\_D024 - ACC9864 - 1 - 2024-10-11 - 0042378  
 08/10/2024 11-10-2024