

## **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				•••••
Геl Cell	email:			
in qualità di genitore/tutore di				
residente a	invia		n.	
C.F				
-vista la mia domanda, con numero identifi economico con atto ndel		all'erogazione	del	sostegno
vista la valutazione multidimensionale effe	ettuata;			
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:



## **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
r	er 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 <u>non</u> 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 BAN	NCARIO											
Intestatario conto	:											
Istituto bancario												
Indirizzo					Citt	à						
Agenzia n°							l					
		Coordina	nte Banca	arie (Cod	ice IB	BAN)						
E' obbligatorio in relative al codic tempestività del p	e IBAN. I						-					a
Autorizzo il tratta giugno 2003, n. 1º raccolti saranno procedimento e p Luogo e Data	96 e del GDI trattati, an er le finalità s	PR (Regolanuche con st	nento UI rumenti	E 2016/0	579) e itici,	dichia esclusi	ıro di vame	essere ente ne	infor ell'am	rmato bito o	che i li qu	dati
					Firr	na						

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n. 45276 del 21/10/2025 Emanato dall'Ente capofila di Distretto sociale VT2.