



REGIONE
LAZIO

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025

**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. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.)

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.

- visto l'Avviso pubblico distrettuale del 17.11.2025 e preso atto di tutto quanto in esso contenuto;
- vista la domanda presentata ai sensi del predetto Avviso;
- vista la Valutazione Multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale 2025

Nominativo/i:
.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, sotto la propria personale responsabilità,



DICHIARA

1) che la documentazione di seguito indicata e allegata in copia costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii. concordati in sede di Valutazione Multidimensionale;

- 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 _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

per un totale di € _____ (importo in lettere _____)

- 2) di custodire gli originali della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi



Modello "C"

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto

--

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

È 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 entro il 22.12.2025 al protocollo del Comune di Montefiascone, come disposto dall'Avviso Pubblico del 17/11/2025 pubblicato dal Comune di Montefiascone - Capofila del Distretto VT/1.