



**REGIONE
LAZIO**

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 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:

Protocollo Arrivo N. 20987/2020 del 12-09-2020
Allegato 3 - Copia Documento
ISTRO
C816_0150_0150 - 20200812 - 0026565



**REGIONE
LAZIO**

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 _____

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

PROTOCOLLO ARRIVO N. 20983/2020 del 12-08-2020
 Allegato 3 - Copia Documento
 DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2
 C816-2020-08-12 - 0026565

