***Modello “B”***

*Dichiarazione delle spese sostenute*

*ai fini del sostegno economico per famiglie*

 *con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età- anno 2025*

 *(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e succ.modifiche)*

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 ................................………….…………..………… 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 propria domanda, con numero identificativo \_\_\_\_\_\_\_, ammessa all’erogazione del sostegno economico con atto n \_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indica il/i nominativo/i del professionista scelto liberamente, iscritto nell’Elenco di cui all’art. 3 del r.r. 1/2019

Nominativo/i:………………………………..……….

**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:

* 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 succ. modifiche;

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 allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

3) di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

**MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

*N.B. l’intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante*

**BONIFICO BANCARIO**

|  |
| --- |
| Intestatario conto: Istituto bancario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Agenzia n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Coordinate Bancarie (Codice IBAN)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 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 Determinazione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emanato dall’Ente capofila di distretto socio-sanitario.