COMUNE DI COLLEFERRO - AOO - REG_PROT - 0011833 - Uscita - 17/03/2025 - 12:09

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

Modello 2

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 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. ……

- vista la mia domanda, con numero di protocollo _____ del _____, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n. ____ del __/__/2024;

- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo del/dei professionista/i scelto/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. n. 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 ss.mm.ii.;

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 al presente modulo le copie delle fatture sopra descritte con relativa prova di pagamento (es. ricevuta di bonifico, quietanza timbrata, ecc.);

3) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e dei controlli da parte dell'Ente;

MODALITÀ 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 secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con Determinazione n. 824 del 12/09/2024 emanato dal Comune di Colleferro in qualità di capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.6.

COMUNE DI COLLEFERRO - AOO - REG_PROT - 0011833 - Uscita - 17/03/2025 - 12:09