

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Al Comune di _____

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 successive modifiche e integrazioni)

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 ain 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;



Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

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:

- 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 successive modifiche e integrazioni;

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) da allegare alla presente dichiarazione copia delle fatture per le quali si richiede il rimborso ai fini degli opportuni controlli da parte dell'ente;

