COMUNE DI SETTEFRATI - Protocollo in entrata n. 0005830 del 19/11/2026

*Modello "C"*
*DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE*

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE DI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 settembre 2022, 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 _____ il _____

residente a _____ in via _____ n._____

C.F. _____

Recapito telefonico _____ email: _____

in qualità di genitore/tutore di _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n._____

C.F. _____

Indica che il nominativo/i del/i professionista/i scelto/i: _____

COMUNE DI SETTEFRATI - Protocollo in entrata n. 0005830 del 19/11/2026

*Modello "C"*
*DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE*

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di attifalsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

1) 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 _____

**per un totale di €** _____

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

COMUNE DI SETTEFRATI - Protocollo in entrata n. 0005830 del 19/11/2026

REGIONE LAZIO

aipes

*Modello "C"*
*DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE*

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

_____