



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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 ain vian.
C.F.....
Tel.Cell.
email:.....
in qualità di genitore/tutore di
nato/a il
residente a in vian.
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:.....

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

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 ss.mm. e ii.;

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

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

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)														

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 n. del emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.....

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it