



COMUNE DI FONDI
(Provincia di Latina)
 SETTORE I – UFFICIO DI PIANO



Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Al Comune di _____

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO
DI ETA' NELLO SPETTRO AUTISTICO
 (ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, 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 a il.....
 residente a in via..... n.
 C.F.....
 Tel. Cell. email:.....

In qualità di genitore/tutore di
 nato/a..... il.....
 residentea..... in 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;



Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Elenco Regionale di cui all'art.3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1 e ss.mm.ii.

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 n. 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.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 _____

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



COMUNE DI FONDI
(Provincia di Latina)
 SETTORE I – UFFICIO DI PIANO



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)																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>																																					
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.																																					

COMUNE DI CAMPODIMELE Prot. n. 0003487 del 22-09-2023 arrivo 7 15

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, potrà essere consegnato:

- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di _____
- via PEC all'indirizzo: _____

secondo le tempistiche indicate nell'Avviso Pubblico emanato dal Comune di Fondi/Ente capofila del Distretto socio-sanitario LT/4.