



# Comune di Vetralla

PROVINCIA DI VITERBO

## Settore III – Servizi Sociali, Politiche Giovanili, Pari Opportunità

Responsabile del procedimento Augusta Morini  
Ufficio per la visione degli Atti: Servizi Sociali

Modello "C"  
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale VT4

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**  
**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA (FINO E**  
**NON OLTRE IL COMPIMENTO DEL SESTO ANNO DI ETA') PRESCOLARE 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 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 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'Albo regionale di cui all'art. 3 del  
Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo: .....



# Comune di Vetralla

PROVINCIA DI VITERBO

---

## Settore III – Servizi Sociali, Politiche Giovanili, Pari Opportunità

Responsabile del procedimento Augusta Morini  
Ufficio per la visione degli Atti: Servizi Sociali

**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;

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 € \_\_\_\_\_



# Comune di Vetralla

PROVINCIA DI VITERBO

## Settore III – Servizi Sociali, Politiche Giovanili, Pari Opportunità

Responsabile del procedimento **Augusta Morini**  
Ufficio per la visione degli Atti: Servizi Sociali**Modello "C"**

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

- 2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

### MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto.....

<b>Istituto bancario</b>			
<b>Indirizzo</b>		<b>Città</b>	
<b>Agenzia n°</b>			
<b>Coordinate Bancarie (Codice IBAN)</b>			
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.