

**MODELLO C**

**Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con  
con minori con disturbi dello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età**

**All'Ufficio di Piano  
Distretto Socio Sanitario VT3  
Via del Ginnasio 1-  
01100 Viterbo**

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'Elenco regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1 e s.m.i.

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 s.m.i. ;

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 degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

Data

FIRMA



Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.