

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3**

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**Modello C**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

*Al Comune di \_\_\_\_\_*

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**  
**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI**  
**CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA'**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e successive modifiche e integrazioni)

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;

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

### Modello C DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Indicare il nominativo/i del professionista scelto:

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 successive modifiche e integrazioni;

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 allegare alla presente dichiarazione copia delle fatture per le quali si richiede il rimborso ai fini degli opportuni controlli da parte dell'ente;

