

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025
SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE
CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO
FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ NON COMPIUTO

(Regolamento Regionale n. 11/2024 e successive modificazioni – DGR n. 289/2023)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i)

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.

- visto l'Avviso pubblico distrettuale del 06/08/2025 e preso atto di tutto quanto in esso contenuto;
- vista la domanda presentata ai sensi del predetto Avviso;
- vista la Valutazione Multidimensionale effettuata;

Indicato il/i nominativo/i del/i professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento n. 11/2024 e successive modificazioni:

Nominativo/i:
.....
.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, sotto la propria personale responsabilità,

Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025

DICHIARA

1) che la documentazione di seguito indicata e allegata in copia costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta ai sensi del Regolamento regionale n. 11/2024 concordati in sede di Valutazione Multidimensionale;

- 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 _____
- 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 € _____ importo in lettere _____)

- 2) di custodire gli originali della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportuni richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario Conto Corrente

--

Istituto bancario																												
Indirizzo																			Città									
Agenzia n°																												
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																												
È 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.																												

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso relativo all'istanza di cui alla presente rendicontazione.

Dichiara, altresì, di aver di aver preso visione dell'informativa privacy ricevuta in copia con il modello di domanda e con il presente modello di dichiarazione/rendicontazione delle spese.

Luogo e data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato entro il 31.01.2026 all'Ufficio di Piano distrettuale, come disposto dall'Avviso pubblico del 06/08/2025 pubblicato dal Comune di Frosinone Capofila del Distretto Sociale B Frosinone.