SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

PAGUS

Modello C

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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 di protocollo _____ del _____, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n. --- del --/--/2026;
- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo del/dei professionista/i scelto/i:

_____

_____

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. n. 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

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali - partenza prot. 0001971 del 22-09-2026 - Distretto Rm6.4 - 203 - 2026

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 ss.mm.ii.;

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 al presente modulo le copie delle fatture sopra descritte con relativa prova di pagamento (es. ricevuta di bonifico, quietanza timbrata, ecc.);

3) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e dei controlli da parte dell'Ente;

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto: _____

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.

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 --/--/2026, emanato dal Comune di Tivoli in qualità di Ente capofila del distretto socio-sanitario RM5.3.

Pagus Consorzio Intercomunale Servizi Sociali - Distretto RM5.3 - prot. 0001971 del 22-09-2026 - partenza