***Modello “C”***

**INTERVENTI PER IL SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE DI MINORI FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO**

**Anno finanziario 2024**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| C.F |  |
| Cell. |  |
| email: |  |
| **CHIEDE**  l’erogazione di un contributo *totale o parziale* per le spese sostenute nell’anno 2024 per gli interventi di cui al Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. | |
| in qualità di genitore/tutore di |  |
| nato/a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| C.F. |  |

relativamente alla domanda inoltrata, numero identificativo \_\_\_\_\_\_ **AVDT24**,risultataammissibile all’erogazione del sostegno economico;

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO - ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000),

**DICHIARA**

**compilare obbligatoriamente**

1. **Il/i nominativo/i del/i professionista/i (NON L’ASSOCIAZIONE, NON LA COOPERATIVA, NON IL CENTRO DI RIABILITAZIONE)** scelto/i tra gli iscritti nell’Elenco Regionale dei professionisti con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico, di cui alla Determinazione Regionale 18 gennaio 2024 n. G00470:

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. la documentazione di seguito indicata, che costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e/o comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numero fattura** | **Importo** | **Data** | **Professionista che l’ha emessa (NON L’ENTE)** |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  |  |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
|  | € |  |  |
| **TOTALE** | € |

1. di possedere gli originali o le copie conformi agli originali dei documenti di spesa su elencati, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell’Ente;
2. di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi;
3. la seguente modalità di pagamento del contributo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intestatario del conto  corrente o carta  postepay evolution | | | | | | | | Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Istituto bancario o postale | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Codice IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| È obbligatorio **compilare tutte le 27 caselle** relative al codice IBAN.  In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. di inviare il presente *Modello C* - debitamente compilato:
2. tramite pec [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)

*oppure*

1. a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate presso:

Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere

Piazza San Lorenzo n. 8

00060 Formello RM

1. di essere a conoscenza che:
2. l’invio rimane a totale rischio del mittente;
3. non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito;
4. Farà fede solo la data e l’ora apposte dal Protocollo del Consorzio Valle del Tevere (non farà fede la data e l’ora apposta dall’ufficio postale o dal corriere di partenza);
5. l’Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza:

|  |  |
| --- | --- |
| lunedì, mercoledì e venerdì | 9.30 - 13,00 e 15.30 – 17.30 |
| giovedì | 9.30 – 13.00 e 14.00 – 15.30 |

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_