



Modello "A"
*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età – Annualità 2023*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO
SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'
ANNUALITÀ 2023**

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

Al Comune di Montefiascone
Capofila del Distretto VT/1

Il/la sottoscritto/a
nato/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.

CHIEDE

l'erogazione di un **contributo regionale** per le spese sostenute per gli **interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. - Avviso pubblico Distretto VT/1 Comune di Montefiascone del 01.12.2023, nell'annualità 2023;**

Si allega:

- a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- b) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) copia del documento di identità del minore in corso di validità.



Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età – Annualità 2023*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE – ASL – Distretto

Referente

Recapiti

Dichiaro di aver preso visione dell'Avviso pubblico di cui alla presente domanda, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, 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



Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2023

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2023

AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE 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.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 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.

- visto l'Avviso pubblico distrettuale del 01.12.2023 e preso atto di tutto quanto in esso contenuto;
- vista la domanda presentata ai sensi del predetto Avviso;
- vista la Valutazione Multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale 2023

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 ss.mm.ii e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, sotto la propria personale responsabilità,



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 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii. 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 _____

per un totale di € _____ (importo in lettere _____)

2) di custodire gli originali 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



MODALITA' 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 entro il 31.01.2024 al protocollo del Comune di Montefiascone, come disposto dall'Avviso Pubblico del 01/12/2023 pubblicato dal Comune di Montefiascone - Capofila del Distretto VT/1.