



**REGIONE
LAZIO**



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
**ASL
ROMA 5**



Modello C

**AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO
ECONOMICO**

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 __/__/2024;

- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

INDICA

il nominativo/i del professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1*

* in caso di professionista non iscritto ma che abbia presentato richiesta di iscrizione, allegare autodichiarazione dello stesso professionista.

Nominativo/i Professionista/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 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 _____
- 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 € _____

* Indicare il Professionista (NON L'ENTE)

