

# CONSORZIO T.I.NE.R.I

DISTRETTO SOCIALE VITERBO 5  
Piazza dello ospedale, Nepi  
tel:0761/559006  
Pec: [consorziotineri@legalmail.it](mailto:consorziotineri@legalmail.it)



*All. 2(Modello C)*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

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, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n....del.....;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

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

Nominativo:.....

**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. 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;

1)

- 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 avere agli atti gli originali o copie conformi 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

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

[Empty box for the account holder's name]

Istituto bancario																															
Indirizzo																			Città												
Agenzia n°																															
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																															
E' 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 empestività 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.... Emanato dal Consorzio T.I.NE.R.I.**