



**REGIONE
LAZIO**



Modello C

**AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO
FINO AL DICIASSETTESIMO ANNO DI VITA
(FINO AI 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI)**

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO

Il/la sottoscritto/a

nato/a a.....il

residente a in vian.

C.F.

Tel.Cell.e-mail:.....

PEC (facoltativo)

in qualità di genitore/tutore di

nato/ail

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;

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*

Nominativo/i Professionista/i:

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:

[illegible]

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'articolo 6 dall'avviso pubblico emanato dal Comune di San Vito Romano in qualità di Ente capofila del distretto sociosanitario RM5.5.