



REGIONE  
LAZIO



*Modello C*

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO  
PER 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.)

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. 1229 del 30.12.2025;
- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo del/dei professionista/i scelto/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.;

per un totale di € \_\_\_\_\_

3) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e dei controlli da parte dell'Ente;

## BONIFICO BANCARIO

Città \_\_\_\_\_ Agenzia n° \_\_\_\_\_

[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'avviso pubblico n.819 del 09.10.2025, emanato dal Comune di Monterotondo in qualità di Ente capofila del Distretto socio-sanitario RM5.1.