

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025**  
**SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE**  
**CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO**  
**FINO AL DICHIOTTESIMO ANNO DI ETA' NON COMPIUTO**

(Regolamento Regionale n. 11/2024 e successive modificazioni – DGR n. 289/2023)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i)

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 06/08/2025 e preso atto di tutto quanto in esso contenuto;
- vista la domanda presentata ai sensi del predetto Avviso;
- vista la Valutazione Multidimensionale effettuata;

Indicato il/i nominativo/i del/i professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento n. 11/2024 e successive modificazioni:

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 s.m.i e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, sotto la propria personale responsabilità,

*Modello "C"*  
**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2025**

**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 n. 11/2024 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 \_\_\_\_\_
- 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 opportuni richieste e controlli da parte dell'Ente;
- 3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi



**Modello "A"**  
*Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al diciottesimo anno di età non compiuto – Annualità 2025*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO  
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO  
FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ NON COMPIUTO  
ANNUALITÀ 2025**

(Regolamento Regionale n. 11/2024 e successive modificazioni – DGR n. 289/2023)

Al Comune di Frosinone  
Capofila Distretto Sociale B Frosinone

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. ....  
C.F. ....  
Tel. .... Cell. .... e-mail: .....

in qualità di genitore/tutore di .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. ....  
C.F. ....

**CHIEDE**

l'erogazione del **contributo regionale** per le spese sostenute per gli **interventi di cui al Regolamento regionale 2 dicembre 2024, n. 11 e successive modificazioni - Avviso pubblico Distretto Sociale B Frosinone del 06/08/2025 - Annualità 2025.**

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 diciottesimo anno di età non compiuto – Annualità 2025*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.11/2024 e successive modificazioni, 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 / operatore .....  
Recapiti (sede, telefono ed e-mail) .....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara, altresì, di aver di aver preso visione dell'informativa privacy che riceve in copia con il presente modello di domanda e con il modello di dichiarazione/rendicontazione delle spese.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_