**Allegato “B”**

|  |
| --- |
| **RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**  **periodo 01.04.2023/31.12.2023**  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 a .………….…………………………………………………………… il ……………..........

residente a ………………………………………..… in via ……………………………….….. n. ….

C.F. …………………………………………………………….……………………………………...

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

**DICHIARA**

che la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.04.2023/31.12.2023 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- 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 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiara** inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| c/c intestato a ………………………………………………………………………………………  nato il …………… a ……………………………………………..……………………………….  CF ……………………………………….  acceso presso …………………………………… Agenzia/filiale di………………………….  Codice IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Si allega:

1. Copia della documentazione di spesa sopra elencata (fattura/ricevuta e relativa quietanza di pagamento).

Tale documentazione deve essere trasmessa all’ASP AMBITO 9.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_