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:

a) 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

_____