REGIONE MARCHE
Giunta regionale

ALLEGATO D

ALL'ENTE CAPOFILA
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

_____

RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a ……..…….....…….....

nato/a a .....…….……..…….…….. il ……..…….….

residente a ……...…

in via ……..…….…….. n. …… Cap ……..……

Codice fiscale……...

Tel. ……Cell. ……..……email:……..……..

in qualità di genitore/tutore di……..……

nato/a……..…....il…… Codice fiscale……...……

con disabilità: ❑ **uditiva** ❑ **visiva**

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. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

che la quota oraria lorda, come da contratto stipulato con l'Assistente all'autonomia e alla comunicazione già trasmesso, è pari ad € ……..

e C H I E D E

con riferimento all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per i mesi di:……...……

❑ che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad €……..

❑ che gli venga anticipato l'importo pari ad €……in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);
- dichiarazione dell'Assistente all'autonomia e alla comunicazione che ha svolto l'intervento (All. E);
- foglio mensile delle presenze compilato dall'Assistente all'autonomia e alla comunicazione (All. F);

Luogo e data _____

Firma

_____