

**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

### PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO (0-6 anni)

#### Il Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali 'Valle del Tevere'

- VISTA la D.G.R. n.75 del 13 febbraio 2018: '*Decreto del Commissario ad acta 22/12/2014, n.U00457. Recepimento ed approvazione del documento tecnico concernente 'Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder ASD)'*';
- VISTA la Legge Regionale n. 7 del 22/10/2018 art. 74 recante "*Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico*";
- VISTA la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018 "*Attuazione Art. 74 della L. R. n. 7 del 22 Ottobre 2018 - Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale*", adozione del '*Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico.*';

**CODICE FISCALE**  
97874100585

#### COMUNI DI

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### RENDE NOTE

Le modalità di sostegno alle famiglie di minori in età prescolare affetti da disturbo dello spettro autistico

#### 1. Disposizioni generali

La Regione Lazio, al fine di modificare i comportamenti del bambino e per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana, **sostiene** le famiglie di minori in età prescolare affetti da disturbo dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, di seguito ASD) residenti nella Regione Lazio, che intendono liberamente avvalersi di programmi psicologici e comportamentali strutturati (quali, ad esempio, Applied Behavior Analysis – ABA; Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI; Early Start Denver Model – ESDM; Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH) e/o di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta.

#### SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### TELEFONI

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

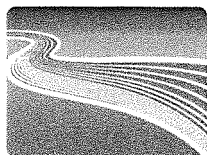
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@dec.consorziovalledeltevere.it

## 2. Finalità e natura della misura di sostegno

1. Il sostegno alle famiglie è inteso come contributo alle spese per i trattamenti previsti dall'art. 1 del presente avviso, nell'ottica di supportare la tempestività, l'intensività e la specificità dell'intervento. Tale misura è da considerarsi ad integrazione del piano di assistenza individualizzato del minore;
2. Il sostegno economico assume la forma di un contributo alla spesa sostenuta dalle famiglie, e viene concesso secondo i criteri stabiliti dal Regolamento Regionale, adottato con la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018, comunque entro il tetto di spesa massimo ammissibile per ogni utente pari a 5.000€/annui. Il tetto massimo è erogato con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiore a 1 (uno) e con un ISEE inferiore o pari a 8.000€;
3. L'entità del sostegno viene valutata considerando le risorse ed i servizi già attivi o attivabili nella rete sociosanitaria a favore della persona (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e le caratteristiche socioeconomiche del nucleo familiare che presenta la richiesta;
4. La famiglia può scegliere di rivolgersi ad un centro qualificato che abbia al suo interno professionisti iscritti all'Albo Regionale istituito dal Regolamento Regionale sopra citato (DGR 866/2018), oppure direttamente a dei liberi professionisti, sempre iscritti al suddetto Albo, che forniscono interventi domiciliari. Un professionista che implementa programmi fondati sulla tecnica ABA opera obbligatoriamente sotto la supervisione di un consulente qualificato ed iscritto all'albo e la famiglia deve dichiarare nell'istanza i nominativi dei professionisti ad entrambi i livelli. Le famiglie, data la complessità degli interventi, possono indicare più di un professionista ed i dati relativi al/ai professionista/i sono registrati nel progetto di assistenza individuale del minore. Nel caso non sia stato ancora nominato, in sede di unità valutativa sarà individuato un 'case manager', ossia un punto di riferimento per la famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, che avrà la funzione di monitorare e verificare l'andamento del progetto di assistenza individuale;
5. Per l'anno 2019, il Consorzio Valle del Tevere predispone una graduatoria distrettuale contenete l'elenco dei beneficiari della misura di sostegno nei limiti del fondo assegnato entro e non oltre il 31 luglio. Nel rispetto della normativa sulla privacy l'elenco è costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario.



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

### **3. Soggetti beneficiari**

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente art. 2 le famiglie con minori in età prescolare (0-6 anni), con diagnosi di ASD, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere – Distretto Socio-sanitario RM 4.4, che presenteranno formale richiesta all'Ufficio di Piano. Le spese sostenute devono riguardare interventi svolti da professionisti iscritti all'Albo Regionale, erogati dopo la pubblicazione dell'Albo e comunque fino al 31.12.2019. Tale Albo, istituito dal Regolamento Regionale sopra citato (DGR 866/2018) è gestito dalla Direzione Regionale competente in materia di salute ed integrazione sociosanitaria. L'Albo è pubblicato sul sito istituzionale della Regione [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it) e aggiornato in relazione alle nuove iscrizioni o alle eventuali cancellazioni secondo le procedure previste dal Regolamento.

### **4. Modalità e tempi di presentazione della domanda**

1. I modelli per la domanda (Mod. A) e per la rendicontazione (Mod. C) che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente avviso, sono a disposizione presso:
  - Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
  - Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere, piazza San Lorenzo n.8, Formello nei seguenti giorni: lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9.30 alle 12.00 – martedì e giovedì dalle 15,30 alle 17,30;
  - scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it).

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
- Autodichiarazione dello stato di famiglia;
- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nelle rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo
- Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario.

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)  
[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

**Per l'anno 2019** la domanda dovrà pervenire, a **pena di esclusione**, all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM, **entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 30 maggio 2019**, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Per gli anni successivi, sarà cura di questo Ufficio comunicare, con idonei mezzi, eventuali nuove date di scadenza individuate dalla Regione Lazio.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura  
**NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE MISURA DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO (R.R. n.1/2019) – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE.**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate o tramite PEC all'indirizzo **info@pec.consorziovalledeltevere.it**, rimane a totale rischio del mittente.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

**Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 – il martedì ed il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30;**

### **5. Istruttoria di ammissibilità e valutazione**

Il Consorzio, a conclusione della ricezione delle richieste, valuta l'ammissibilità delle stesse attraverso una commissione debitamente istituita, che verifica la completezza dell'istanza e contatta il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (di seguito TSMREE), di competenza territoriale del minore, per programmare l'effettuazione della valutazione multidimensionale del bisogno.

### **6. Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie**

1. Il richiedente dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano del Consorzio il contratto di lavoro stipulato con un centro qualificato che abbia al suo interno professionisti iscritti all'Albo Regionale (DGR 866/2018) oppure direttamente con liberi professionisti, ugualmente iscritti al suddetto Albo, entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione della determinazione di approvazione della graduatoria degli aventi diritto al beneficio. La trasmissione della suddetta documentazione potrà avvenire a mano nei giorni ed orari di apertura dell'Ufficio di Piano riportati in precedenza, con raccomandata A/R all'indirizzo Piazza S. Lorenzo,8 00060 – Formello o tramite mail all'indirizzo **amministrazione@consorziovalledeltevere.it** o



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrta Tiberina

tramite PEC all'indirizzo [info@pec.conorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.conorziovalledeltevere.it), e rimane a totale rischio del mittente.

2. A seguito dell'avvio dell'intervento, il richiedente presenta all'Ufficio di Piano del Consorzio la rendicontazione delle spese sostenute (Mod. C). La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai rappresentanti legali dello stesso, che hanno presentato la domanda di contributo. Il Consorzio verifica le dichiarazioni rese ai fini della liquidazione e, al termine di tali verifiche, eroga il contributo alle famiglie; l'erogazione avverrà a cadenza **bimestrale** (ogni due mesi). Saranno liquidate le spese sostenute dall'effettivo inizio dell'intervento e comunque dopo la pubblicazione dell'Albo Regionale dei professionisti. Le liquidazioni non potranno superare l'importo massimo attribuito ad ogni utente. Tutte le dichiarazioni delle spese sostenute dalla pubblicazione della graduatoria distrettuale dovranno essere presentate entro e non oltre il 31 gennaio 2020.
3. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà dal beneficio concesso, con obbligo di restituire le somme fino a quel momento indebitamente percepite. Inoltre, il soggetto non potrà presentare altre richieste di contributi per un anno ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia.

### **7. Decadenza dal beneficio**

Nel caso in cui il case manager evidenzi la non collaborazione o il mancato rispetto da parte dell'utente del programma d'intervento concordato, previo invito alla famiglia a continuare il trattamento, si può sospendere o revocare la concessione del sostegno economico riconosciuto, con provvedimento motivato del Consorzio.

### **8. Informativa privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.**

I dati riferiti dai soggetti partecipanti all'Avviso verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse all'espletamento dello stesso, non verranno comunicati o diffusi a terzi non interessati e verranno, comunque, trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza, nel rispetto della normativa vigente in materia.

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)  
[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.conorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.conorziovalledeltevere.it)



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## **Trasparenza**

Il presente Avviso verrà pubblicato sul sito del Consorzio Valle del Tevere e verrà trasmesso a tutti i Comuni appartenenti al Consorzio con richiesta di pubblicare l'Avviso sui siti istituzionali dei Comuni stessi.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso i Comuni del Consorzio e/o presso l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Telefono 06 90194606/607/608- E- mail: E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it). [ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. -90194606 - Fax 06 9089577.

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

### **CODICE FISCALE**

97874100585

### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrta Tiberina

### **Il Direttore**

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*

Approvato con Determinazione n. 61 del 09.04.2019

Prot. n. 634 del 17.04.2019

### **SEDE LEGALE**

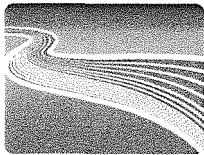
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

### **E-MAIL**

[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)  
[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**Modello "A"**

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI  
IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)**

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/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. ....

**CHIEDE**

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 " *Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico*";

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i
- Autodichiarazione dello stato di famiglia;
- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nelle rete socio-sanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

- Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019, comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL, Distretto, ecc.).....

Referente.....

Recapiti.....

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, 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

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it





**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**Modello "C"**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE  
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA'  
EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**

**(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

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 identificativo \_\_\_\_\_, ammessa all'erogazione del sostegno economico con atto n.....del..... ;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

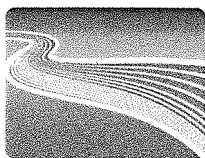
Indico il/i nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo/i:.....

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@nec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## 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 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;

1)

**CODICE FISCALE**  
97874100585

-	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 _____

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**per un totale di € \_\_\_\_\_**

2) di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

3) di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



