

### Allegato A1: Riepilogo delle spese sostenute

(dal 01/01/2023 alla data di pubblicazione ai sensi del punto 4.2, comma 3 del presente avviso)

Il presente modulo deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.

#### ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

#### DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

.....

.....

Indirizzo sede

legale.....

.....

....

Partita Iva/C.

F.....

.....

.....

Telefono.....

.....

.....

... Indirizzo mail

.....

.....

.....

#### SPESE IN FAVORE DI:

#### DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome

.....

..... nato/a

a.....

..... il.....

.....

Residente a ..... in

via.....

#### SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE<sup>2</sup>

Servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

<sup>2</sup> Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		

**FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:**

- 1) .....
- 2) .....
- .....
- 3) .....
- 4) .....

**OBIETTIVI DEL SERVIZIO:**

- 1) .....
- .....
- 2) .....
- .....
- .....

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

- data inizio: \_\_\_\_\_
- data fine: \_\_\_\_\_

**EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO**

Periodo (da - a)	Motivazione
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro

**COSTO SERVIZI EROGATI:**

- 1) Tariffa oraria ordinaria: €..... + aliquota IVA  
al.....
- 2) Eventuale tariffa oraria festiva: €.....+ aliquota IVA  
al.....

3) Costo settimanale delle prestazioni: € ..... + aliquota IVA al

.....

4) Totale costo settimanale IVA inclusa

€ .....  
.....

5) Totale spesa annua IVA inclusa

€ .....  
.....

Data:

Firma del richiedente

## Allegato A2: Preventivo spese da sostenere

3

Il presente modulo deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.

### ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

### DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

.....

.....

Indirizzo sede

legale.....

.....

.....

Partita Iva/C.

F.....

.....

.....

Telefono.....

.....

.....

... Indirizzo mail

.....

.....

.....

### SPESE IN FAVORE DI:

### DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome

.....

..... nato/a

a.....

..... il.....

.....

Residente a..... in

via.....

### SERVIZI/PRESTAZIONI PREVISTE<sup>4</sup>

servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

<sup>4</sup> Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

**TIPOLOGIA DI FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE:**

- 1) .....
- 2).....
- ....
- 3) .....
- 4).....

**OBIETTIVI DEL SERVIZIO:**

- 1).....
- ....
- 2).....
- .....
- .

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

- data inizio: \_\_\_\_\_
- data fine: \_\_\_\_\_

**PREVENTIVO COSTO SERVIZI**

- 1. Spesa annua stimata: €.....+ IVA al  
.....
- 2. Totale spesa annua IVA inclusa  
€.....

Data:

Firma del richiedente

**Allegato 2: Format per la rendicontazione  
delle spese ammesse a finanziamento**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.m.ii.)

**ANNUALITA' DI RIFERIMENTO**

2022

2023

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

.....

nato/a a ..... prov..... il  
..... Codice Fiscale ..... residente a  
..... via ..... n. civ. .... Prov. .... CAP.....  
Telefono..... E-mail ..... PEC .....

nella qualità di (selezionare la casella di interesse)  richiedente

oppure

genitore  tutore  curatore  amministratore di sostegno di

Nome e cognome..... nato/a  
..... il  
..... residente a  
..... in via  
..... n.....C.F.  
.....  
.....

- vista la domanda, con numero identificativo..... , ammessa all'erogazione del sostegno economico con atto n....del ;

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE**

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per la fruizione di servizi educativi/comportamentali e gli altri trattamenti in coerenza con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti* dell'Istituto



*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, alla domanda sottoscritta deve essere allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità, dei sottoscrittori.*



**Allegato 3: Format di attestazione a cura dell'erogatore del servizio**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) .....  
.....nato/a a ..... prov. .... il ..... Codice Fiscale  
..... residente a ..... via ..... n. civ. ....  
Prov. .... CAP..... Telefono..... E-mail ..... PEC .....

nella qualità di

rappresentante legale di ..... con sede a) in .....  
..... prov. .... CAP .....  
CAP..... Telefono. .... E-mail ..... PEC ..... Codice Fiscale  
.....PIVA  
.....

*oppure*

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con qualifica di .....  
..... Codice Fiscale .....  
..... PIVA .....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il/i servizio/i di ..... erogati nel periodo dal .....  
al .....  
..... in favore di ..... (nome e cognome)  
..... nato/a a .....  
..... prov. .... il ..... Codice Fiscale  
..... residente a ..... via .....  
n. civ. ....  
..... Prov. .... CAP..... Telefono..... E-mail .....  
.....  
PEC

.....sono coerenti con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti* dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici.

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

Firma