**ALLEGATO D**

 **ALL’ENTE CAPOFILA**

 **DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RENDICONTAZIONE 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:

1. la quota oraria lorda, come da contratto stipulato con l’operatore incaricato dell’assistenza all’autonomia e alla comunicazione già trasmesso, è pari ad € ………………..
2. la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per l’assistenza all’autonomia ed alla comunicazione ammontanti ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che è imputabile alle finalità per cui è stato concesso il contributo:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO\*** | **DATA DI EMISSIONE (GG/MM/AA)** | **BENEFICIARIO DEL PAGAMENTO** | **OGGETTO DELLA SPESA\*\*** | **IMPORTO** | **MODALITA’ DI PAGAMENTO\*\*\*** | **DATA DEL PAGAMENTO** |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |
|  |  |  |  | € |  |  |

*\* busta paga, fattura ecc*

*\*\*specificare la voce di spesa (ad esempio: busta paga mese di ….)*

*\*\*\*assegno, bonifico ecc*

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

* Copia della documentazione contabile di spesa sopra elencata;
* quietanza del pagamento;
* dichiarazione dell’operatore incaricato dell’assistenza all’autonomia e alla comunicazione (All. E);
* foglio mensile delle presenze compilato dall’operatore incaricato dell’assistenza all’autonomia e alla comunicazione (All. F);
* copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
* fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell’art. 13, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR deve essere formulata da parte del Comune/Ambito Territoriale Sociale titolare del trattamento dati.**