



Progetto realizzato con il contributo della  
 Presidenza del Consiglio dei Ministri  
 Ministro per le disabilità



Comune di  
**Ancona**

**Allegato “B”**  
**All’ATS11 Comune di Ancona**  
**Largo XXIV Maggio n. 1**  
**CAP 60123 Ancona**

**PEC: [comune.ancona@emarche.it](mailto:comune.ancona@emarche.it)**

**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 \_\_\_\_\_
- 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 .....																					
accesso presso ..... Agenzia/filiale di.....																					
Codice IBAN:																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

Si allega:

- a) Copia della documentazione di spesa sopra elencata (fattura/ricervuta e relativa quietanza di pagamento).

Tale documentazione deve essere trasmessa al Comune di Ancona.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

---