



Art. 72 comma 4, L.R. n. 32/2022

Contributo alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) CAP _____, in via _____

Genitore/amm. di sostegno di _____

PRESENTA

il seguente **resoconto** delle spese sostenute, accompagnato dalle fatture emesse dal professionista sanitario che attesti i pagamenti delle prestazioni ricevute, come previsto dalla D.G.R. n. 1086/2023.

<u>MESE</u>	<u>ORE DI TERAPIA</u>	<u>SPESA SOSTENUTA</u>
GENNAIO		
FEBBRAIO		
MARZO		
APRILE		
MAGGIO		
GIUGNO		
LUGLIO		
AGOSTO		
SETTEMBRE		
OTTOBRE		
NOVEMBRE		
DICEMBRE		
<u>TOTALE</u>		

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

Data e luogo

Il genitore/Amm. di sostegno
