

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 14  
COMUNE DI CIVITANOVA MARCHE  
PIAZZA XX SETTEMBRE, 93  
62012 CIVITANOVA MARCHE  
[comune.civitanovamarche@pec.it](mailto:comune.civitanovamarche@pec.it)

**OGGETTO: RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA  
ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE DGR 1397/2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( )  
(comune di residenza) (prov.)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale del BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

che la tariffa oraria lorda, come da contratto stipulato con l'Assistente all'autonomia e alla comunicazione già trasmesso, è pari a € \_\_\_\_\_;

che la documentazione di seguito indicata, riferita all'anno scolastico 2024/2025

1° semestre  2° semestre

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.

Di seguito riporta gli estremi dei giustificativi di spesa

DOCUMENTO*	DATA DI EMISSIONE (GG/MM/AA)	BENEFICIARIO DEL PAGAMENTO	PERIODO 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

Allegati **OBBLIGATORI** alla presente la seguente documentazione in assenza dei quali non si procederà alla liquidazione

- documentazione contabile della spesa sopra elencata (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanze di pagamento;
- dichiarazione dell'assistente all'autonomia e alla comunicazione che ha svolto l'intervento (Modello A);
- foglio mensile delle presenze compilato dall'Assistente all'autonomia e alla comunicazione (Modello B);
- documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

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

Firma

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO A DOMICILIO DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE DI CUI ALLA DGR 1397/2024

Il/la sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

nato/a a ..... (.....) il .....

residente a ..... (.....)

in Via/Piazza ..... n. ....

Codice fiscale .....

Tel..... email .....

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

di aver svolto l'intervento di assistenza all'autonomia e alla comunicazione in favore di:

.....  
(cognome) (nome)

Codice Fiscale del Beneficiario .....

nei mesi di .....

per n. ore complessive ..... come da n° ..... timesheet mensili allegati

di aver percepito la somma complessiva di € .....

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi della vigente normativa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
luogo data firma

Allegati obbligatori:

- Fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità
- Foglio mensile delle presenze n° \_\_\_\_\_ (Modello B)

Intervento a domicilio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione di cui alla DGR 1397/2024

MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

NOME e COGNOME DELL'ASSISTENTE \_\_\_\_\_

Data	ora inizio	ora fine	Totale ore attività didattica	Descrizione breve dell'attività	Firma dell'assistente	Firma del genitore richiedente l'intervento
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTALE ORE						

Luogo e data .....

Firma Assistente .....

Datore di lavoro (Nome e cognome)

Firma datore di lavoro .....