



REGIONE  
LAZIO



Distretto  
Socio Sanitario  
L.T/5

Modello "A"

Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO  
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



REGIONE  
LAZIO



Distretto  
Socio Sanitario  
LT5

Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE - ASL - Distretto \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_

Recapiti \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

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

Firma

\_\_\_\_\_

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emanato dal Comune di \_\_\_\_\_ ente capofila del Distretto Socio Sanitario LT5.