

**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.)
2021

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;

*campo obbligatorio per eventuali contatti



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.