



**REGIONE  
LAZIO**



Albano Laziale  
Capofila



Arliccia



Castel G.



Genzano



Lanuvio



Nemi

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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



Albano Laziale  
Capofila



Ariccia



Castel G.



Genzano



Lanuvio



Nemi

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019, 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 approvato con Determinazione n. 1477 del 14/08/2020 emanato dal Comune capofila di distretto socio-sanitario.