

**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.

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.....



Distretto Sociosanitario RM 5.6

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 emanato dal Comune di Carpineto Romano capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6.***