



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

Al Comune di _____

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:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) 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 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 DGPR (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 determina dirigenziale n. XX del XX.XX.XXXX emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.