



***Modello A***

|  |
| --- |
| **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 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:

* Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
* Certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1);
* ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
* Autocertificazione dello stato di famiglia;
* Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
* Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l’istante a rappresentare il minore.

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’articolo 4 dell’avviso pubblico emanato dal Comune di San Vito Romano in qualità di capofila del distretto sociosanitario RM5.5.