

DISTETTO SOCIO SANITARIO VT4

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



**REGIONE
LAZIO**



Modello “A”

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva fino al 12 anno di età
con disturbo dello spettro autistico*

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a in via n.

C.F.

Tel. Cell. e-mail:

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;
- c) Copia del documento d'identità del richiedente (genitore-tutore);

DISTETTO SOCIO SANITARIO VT4

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Modello “A”

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva fino al 12 anno di età
con disturbo dello spettro autistico*

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 _____
