

Modulo "A"

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' 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.; *“Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico”*

Si allega:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia della diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
- Autodichiarazione dello stato di famiglia;
- Eventuali certificazioni (L. 104/02, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nella rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
- Documento in corso di validità 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 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 n 1318 del 11/08/2021 Emanato dal Comune/Ente Grottaferrata capofila del distretto socio-sanitario RM6.1