|  |  |
| --- | --- |
|  **COMUNE DI APRILIA***SETTORE III – UFFICIO DI PIANO*  |  DistrettoLT1 Logo |

#

# Modello “A”

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

# Al Comune di

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA’ 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;

Si allega:

1. Copia della Diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i, rilasciata da struttura pubblica o da struttura privata accreditata;
2. Documento in corso di validità attestante l’Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE per prestazioni socio-sanitarie del nucleo famigliare del minore beneficiario;
3. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del/i minore/i.

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 ...............................................

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 Aprilia/Ente capofila di distretto socio-sanitario LT/1.

# Modello “A”

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