



DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"

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

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
residente a in via.....
C.F.....
Tel..... Cell email
in qualità di genitore/tutore di.....
nato/ail.....
residente a in via
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;
- a) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"

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

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. 39280 del 20/09/2023 emanato dall'Ente capofila di Distretto socio-sanitario VT/2.