



**Modello "A"**

**Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al diciottesimo anno di età non compiuto – Annualità 2025**

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO  
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO  
FINO AL DICOTTESIMO ANNO DI ETÀ NON COMPIUTO  
ANNUALITÀ 2025**

(Regolamento Regionale n. 11/2024 e successive modificazioni – DGR n. 289/2023)

Al Comune di Frosinone  
Capofila Distretto Sociale B Frosinone

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 del **contributo regionale** per le spese sostenute per gli **interventi di cui al Regolamento regionale 2 dicembre 2024, n. 11 e successive modificazioni - Avviso pubblico Distretto Sociale B Frosinone del 06/08/2025 - Annualità 2025.**

Si allega:

- a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- b) attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) copia del documento di identità del minore in corso di validità.



Comune di Frosinone



**Modello "A"**

**Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al diciottesimo anno di età non compiuto – Annualità 2025**

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.11/2024 e successive modificazioni, 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 / operatore .....  
Recapiti (sede, telefono ed e-mail) .....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara, altresì, di aver di aver preso visione dell'informativa privacy che riceve in copia con il presente modello di domanda e con il modello di dichiarazione/rendicontazione delle spese.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

Comune di Anara - prot. n.0004268 del 11-08-2025 arrivo cat.7 cl. 12