

Modello “A”

**Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare con
disturbo dello spettro autistico**

**DOMANDA DI SOSTEGNO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI
NELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ PRESCOLARE FINO AI 12 ANNI**

PER L' ANNO 2026

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:

- Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Copia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario;
- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Attestazione D.S.U in corso di validità;

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 n...del.... Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.