***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 ETA’- anno 2023**

*(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e succ. modificazioni)*

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 succ. modificazioni;

Si allega:

1. a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
2. b) Documento aggiornato attestante l’indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare 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 approvato con Determinazione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emanato dall’Ente capofila di distretto socio-sanitario.