***Modello “A”***

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

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETA‘ EVOLUTIVA PRESCOLARE 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 “Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico;

Si allega alla presente:

1. Copia del documento d’identità in corso di validità del richiedente;
2. Copia della diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
3. Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
4. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nella rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
5. Documento in corso di validità attestante l’indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario.

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 dall’ Ente capofila dell’Ambito territoriale Rieti 3.