# Modello “A”

**DOMANDA DI SOSTEGNO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ PRESCOLARE E FINO A 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI ANNO 2025**

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:

1. Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
2. 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, 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