



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
Ministro per le disabilità*



*Modello “Allegato A”
Domanda di sostegno economico per famiglie con figli nello
spettro autistico dal tredicesimo al diciottesimo anno di età*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO DAL
TREDICESIMO FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a in vian.
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 ss.mm.ii.;

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
Ministro per le disabilità*



*Modello “Allegato A”
Domanda di sostegno economico per famiglie con figli nello
spettro autistico dal tredicesimo al diciottesimo anno di età*

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.....

Dichiaro altresì che il/i professionista/i con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico, iscritto nell'elenco dei soggetti idonei e non idonei all'iscrizione nell'Elenco Regionale approvato con Determina 23 maggio 2023, n. G07048, che ha in carico il minore è:

Dr./Dr.ssa _____

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 dal Comune capofila di distretto sociosanitario.