



Modulo A

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'

Annualità 2024

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

Al Comune di Alatri
Capofila Distretto Sociale A Alatri

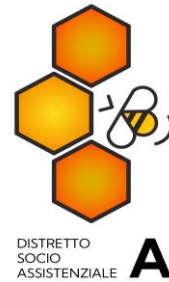
Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a in via n.
C.F.
Tel. Cell. email:.....

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 settembre 2022, n. 13 e ss.mm.ii. - Avviso pubblico Distretto Sociale A Alatri nell'annualità 2024. Si allega:

- documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- copia del documento di identità del minore in corso di validità.



Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 8 del Regolamento Regionale n.13/2022 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.....

Dichiaro di aver preso visione dell'Avviso pubblico di cui alla presente domanda, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

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
