REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"
Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

C_C816 - - 1 - 2021-08-31 - 0030616

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

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

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a .....

residente a ..... in via .....

C.F.....

Tel..... Cell ..... email .....

in qualità di genitore/tutore di.....

nato/a .....il.....

residente a ..... in via .....

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:

a) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"
Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

C_C816 - - 1 - 2021-08-31 - 0030616

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 compilalo va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n. 30606 del 31/08/2021 emanato dall'Ente capofila di Distretto socio-sanitario VT/2.