

MODELLO A

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

**All'Ufficio di Piano
Distretto Socio Sanitario VT3
Via del Ginnasio 1-
01100 Viterbo**

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 e s.m.i.;

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;

- b) Documento aggiornato 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 dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.