**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA‘**

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

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 ss.mm.ii.

Si allega:

1. documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
2. Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;

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