



Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età Annualità 2024

Al Comune di _____

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 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. - Avviso pubblico Consorzio dei comuni del cassinatese - Distretto Sociale D del 08/08/2024 - annualità 2024;

Si allega:

- a) Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
c) Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
d) Copia del documento di identità del minore in corso di validità.

C_L905 - - 1 - 2024-08-08 - 0005545



*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età
annualità 2024*

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 compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico del 08.08.2024 emanato dal Consorzio dei Comuni del cassinate capofila del distretto socio-sanitario FR/D

C_L905 - - 1 - 2024-08-08 - 0005545