*Modello “A” Domanda di sostegno economico*

 *per famiglie con minori in età evolutiva*

*prescolare con disturbo dello spettro autistico*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETA‘ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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;

Si allega:

1. a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
2. b) Documento aggiornato attestante l’indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;

*Modello “A” Domanda di sostegno economico*

*per famiglie con minori in età evolutiva*

 *prescolare con disturbo dello spettro autistico*

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 approvato con Determinazione n. 752 del 17/04/2019, emanato dal Comune capofila di distretto socio-sanitario.