*Al Comune di*

**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, nell’annualità 2024.**

Si allega:

1. Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
2. Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;
3. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del/i minore/i.
4. dichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, di non aver percepito altri sostegni pubblici per le spese di cui si richiede il contributo.

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, 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 emanato dal Comune di Aprilia/Ente capofila di distretto socio-sanitario LT/1.