



COMUNE DI APRILIA  
SETTORE III – UFFICIO  
DI PIANO



DISTRETTO  
SOCIO SANITARIO  
LTI



REGIONE  
LAZIO

**Modello “A”**

**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 .....  
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:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del/i minore/i.
- d) 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.



**COMUNE DI APRILIA**  
SETTORE III – UFFICIO  
DI PIANO



**DISTRETTO**  
SOCIO SANITARIO  
LT1



**REGIONE**  
**LAZIO**

***Modello “A”***

***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, 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.