



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

Modello "B"

Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico dal dodicesimo anno di età e un giorno, fino ai 17 anni e 364 giorni compiuti. Annualità 2024

Al Comune di _____

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO DAL DODICESIMO AL DICIASSETTESIMO ANNO D'ETA'.

(ai sensi del Decreto 29 luglio 2022 del Ministro per la disabilità, 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 decreto 29 luglio 2022 del Ministro per le disabilità e del 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.

Modello “B”

Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico dal dodicesimo anno di età e un giorno, fino ai 17 anni e 364 giorni compiuti. 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.