



*Modello "A"*  
*Interventi per il sostegno economico alle famiglie*  
*di minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

**INTERVENTI PER IL SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE DI MINORI NELLO SPETTRO  
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

(ai sensi del Regolamento Regionale 13 del 15 settembre 2022, n. 1 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ 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 settembre 2022, n. 13 "Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro autistico";

Si allega alla presente:

- 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) Autodichiarazione dello stato di famiglia;
- d) Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (genitore o tutore del minore,
- e) Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc..) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
- f) Autocertificazioni circa la tipologia di servizi già attivi (in convenzione) o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) per i quali si è in lista d'attesa;
- g) Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute" al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 8 del Regolamento Regionale n.13/2022 (Modifiche all'articolo 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

\_\_\_\_\_