 **

*Domanda di sostegno economico per famiglieconminorinellospettroautisticofinoaldodicesimoannodietàAnnualità 2025*

*Al Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**DOMANDADISOSTEGNOECONOMICOPERFAMIGLIECONMINORINELLOSPETTROAUTISTICOFINOALDODICESIMOANNODIETA’**

(aisensidelRegolamento Regionale15 gennaio2019, n.1 ess.mm.ii.)

Il/lasottoscritto/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’erogazionediuncontributoregionaleperlespesesostenutepergliinterventidicuialRegolamentoregionale 15 gennaio 2019, n.1 ess.mm.ii.- Avviso pubblico Consorzio dei comuni del cassinate - Distretto Sociale D del 24/09/2025 - annualità 2025;

Siallega:

1. Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
2. Documentoaggiornatoattestantel’indicatoredellasituazioneeconomicaequivalenteISEEdelnucleofamigliaredelminorebeneficiario;

c) Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

d) Copia del documento di identità del minore in corso di validità.

**

*Domanda di sostegno economico per famiglieconminorinellospettroautisticofinoaldodicesimoannodietàannualità 2025*

**Chiègiàfruitoredelbeneficiodovràallegare alla presente soltanto la certificazioneISEE aggiornata ed incorso di validità**

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all’art. 10 del RegolamentoRegionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentalee Riabilitazione dell’Età evolutiva che ha in carico ilminore:

TSMREE–ASL-Distretto………………………………

Referente………………………………

Recapiti……………………………….

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti sarannotrattati,ancheconstrumentiinformatici,esclusivamentenell’ambitodiquestoprocedimentoeperlefinalitàstrettamenteconnesseallefunzioniistituzionalideglientipreposti.

LuogoeData

Firma

Ilpresentemodellodebitamentecompilatovaconsegnatosecondolemodalitàdispostedall’avvisopubblicodel 24/09/2025emanatodalConsorzio dei Comuni del cassinate capofiladeldistrettosocio-sanitario FR/D