REGIONE LAZIO

Comune di Priverno
Modello "A"

Comune di Prossedi (LT) Prot. n. 0008690 del 29-11-2024 arrivo Cat. 2 Cl. 2

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.

Si allega:

a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
b) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;

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 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

_____

Comune di Prossedi (LT) Prot. n. 0008690 del 29-11-2024 arrivo Cat. 2 Cl. 2