REGIONE LAZIO

Modello "A"

Domanda di sostegno economico per famigliecon minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

*Al Comune di*_____

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) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;