****



LOGO

Allegato 2

modello“A”

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico 12-17 anni*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO 12-17 anni**

(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 ess.mm.ii.;

Si allega:

1. Diagnosi di disturbo dello spettroautistico;
2. Documento aggiornato attestante l’indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare del minorebeneficiario;

****

Modello“A”

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro 12-17 anni*

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 entipreposti.

Luogo eData

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall’avviso pubblico n…del…. Emanato dal Comune/Ente ………………….capofila del distretto socio-sanitario……….