 **

 *Domanda di sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età Annualità 2025*

*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. - Avviso pubblico Consorzio dei comuni del cassinate - Distretto Sociale D del 24/09/2025 - annualità 2025;

Si allega:

1. Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
2. Documento aggiornato attestante l’indicatore della situazione economica equivalente ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;

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 famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età annualità 2025*

**Chi è già fruitore del beneficio dovrà allegare alla presente soltanto la certificazione ISEE aggiornata ed in corso di validità**

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

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall’avviso pubblico del 24/09/2025 emanato dal Consorzio dei Comuni del cassinate capofila del distretto socio-sanitario FR/D