



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6



REGIONE  
LAZIO



Modello A

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO  
SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a 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 pena di esclusione**:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

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.....

Si precisa che l'Elenco dei professionisti vigente per l'anno 2022, di cui all'art. 3 del Regolamento in oggetto, è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: <https://www.salutelazio.it/sostegno-economico-alle-famiglie-con-minori-nello-spettro-autistico-fino-a-12-anni-di-et%C3%A0>

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 emanato dal Distretto Sociosanitario RM 5.6 – Comune di Colleferro capofila di Distretto.**