

**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.)

Al Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B Frosinone

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 Distretto Sociale B Frosinone del 25.06.2021:

annualità 2020

annualità 2021

Si allega:

- a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- b) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) copia del documento di identità del minore in corso di validità;
- e) solo per coloro che richiedono l'accesso agli interventi per il 2020:
 - MODELLO C - Dichiarazione delle spese sostenute anno 2020;
 - copia documentazione fiscalmente valida che attesti la veridicità delle spese elencate.



Modello "A"

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

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
