

Modello "A"
*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ
EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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.

Si allega:

- Documento attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- Documento di identità del richiedente in corso di validità;
- Documento di identità del minore in corso di validità.



Modello "A"
*Domanda di sostegno economico per famiglie
 con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n. 1/2019, comunico di seguito i riferimenti del Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL/FR – Distretto D Frosinone)

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 22/04/2019 emanato dal Consorzio dei Comuni del cassinate