

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI FINO  
AL DODICESIMO ANNO DI ETA' CON DISTURBO DELLO SPETTRO  
AUTISTICO ANNO 2021**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 SS.MM.II)

Punto Unico di Accesso (PUA D)

Distretto Latina 2

pec: amministrazione@pec.ausl.latina.it

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 ss.mm.ii;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario in corso di validità;
- Fotocopia documento di identità del richiedente
- Permesso di soggiorno in corso di validità

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 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

\_\_\_\_\_