



*Città di Guidonia Montecelio  
Capofila del Distretto Socio Sanitario RM 5.2*

**MODELLO A**

**Al Comune di \_\_\_\_\_**

*Area Servizi Sociali*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN  
ETA' 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:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;

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, 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 emanato dal Comune di Guidonia Montecelio Ente capofila di distretto socio-sanitario RM 5.2.