



Modulo A)

**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 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 per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento Reg.Lazio n.1/2019.

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.1/2009, comunica di seguito i riferimenti del TSMREE che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL, Distretto, \_\_\_\_\_)

Referente \_\_\_\_\_

Recapiti \_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs.196/2003 mod.D.Lgs.101/2018 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_