



MODELLO A

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA'

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

	il
residente a	in viann.
C.F	
TelCell	email:
in qualità di genitore/tutore di	
residente a	ilnn.
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.;

Si allega a pena di esclusione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Copia della certificazione di diagnosi, rilasciata da struttura pubblica, che attesti la presenza di disturbo dello spettro autistico (ICD10 F84);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia;

- Per i cittadini stranieri extra -UE: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

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:

30 nnc ente
1

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con determina n. 508 del 2020 Emanato dal Comune capofila del distretto socio-sanitario RM 5.5.