



MODELLO "A"

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

Spett.le
Distretto sociosanitario VT3
Ufficio Di Piano
via del Ginnasio, 1
01100 Viterbo

Il/la Sottoscritta

nato/a a il

residente a in via n°.....

CODICE FISCALE.....

tel..... cell..... e-mail.....

in qualità di genitore/tutore di

nato/a a

residente a in via n°.....

CODICE FISCALE.....

tel..... cell..... e-mail.....

CHIEDE

L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO REGIONALE PER LE SPESE SOSTENUTE PER GLI
INTERVENTI DI CUI AL REGOLAMNETO REGIONALE 15 GENNAIO 2019 n° 1 e s.m.i.

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario in corso di validità.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 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 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 dell'avviso pubblico e emanato dal comune capofila del distretto sociosanitario