



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano

Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano

Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Modello "A"

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO A FAMIGLIE CON MINORI NELLO
SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'**

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

Il/la sottoscritto/a

nato/a

il

residente a

in via/piazza/.....

C.F.

Tel.

Cell.

e-mail:

**in qualità di
genitore/tutore di**

nato/a

il

residente a

in via/piazza/.....

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.



COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano

Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano

Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

AUTOCERTIFICA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

che i servizi già attivi o comunque attivabili nella rete sociosanitaria in favore del minore per il quale si chiede il contributo (*a titolo esemplificativo*: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati) sono:

Servizi già attivi: _____

**Servizi attivabili per i
quali si è in lista d'attesa:** _____

ALLEGA

1. Copia aggiornata della diagnosi di disturbo dello spettro autistico del minore per cui si chiede il contributo;
2. Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario.
3. Copia aggiornata della diagnosi di disturbo dello spettro autistico di eventuale altro/a figlio/a;
4. Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità.

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 _____

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

Luogo e data _____

Firma
