

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 SETTEMBRE 2022, n. 13)
2023

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 SETTEMBRE 2022, n. 13;

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 in corso di validità;

Allegare obbligatoriamente i sopra riportati allegati al fine dell'ammissione alla valutazione della domanda.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 8 del Regolamento Regionale n.13/2022, 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 _____ del _____ emanato dal Comune di GAETA quale ente capofila del Distretto Socio Sanitario LT5.