



## **MODELLO A**

### **DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO A 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019 n. 1 e ss.mm.ii. e della DGR n.289 del 15 giugno 2023)

Il/la sottoscritto/a *cognome* ..... *nome* .....

nato/a ..... (.....) il .....

residente a ..... (....) in via ..... n.....

Codice Fiscale .....

Tel. .... Cell. .... email: .....

**in qualità di** (*indicare se genitore o tutore*) .....

**del minore** *cognome* ..... *nome* .....

nato/a ..... (.....) il .....

residente a ..... (....) in via ..... n.....

Codice Fiscale .....

#### **CHIEDE:**

l'erogazione di un contributo economico per il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. e alla DGR n.289 del 15 giugno 2023 Allegato A) lettera a), come da art. 2 dell'Avviso Pubblico Unificato 2025 "PER LA RICHIESTA DI INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA PREVISTI DALLE LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' RIVOLTI ALLE FAMIGLIE CHE SI AVVALGONO DEI PROGRAMMI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI STRUTTURATI, RICONOSCIUTI DALLE LINEE GUIDA DELL'ISS, PER MINORI FINO AI 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI, AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 GENNAIO 2019 N. 1 E SS.MM.II. E DELLA DELIBERAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. 289 DEL 15 GIUGNO 2023"

#### **A TAL FINE ALLEGA:**



- a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- b) certificazione attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE 2025 in corso di validità;
- c) copia del documento di identità e del codice fiscale del minore e del genitore richiedente;
- d) eventuale documentazione attestante la Tutela legale (decreto del giudice);
- e) eventuale copia del permesso di soggiorno in corso di validità del genitore richiedente e del minore
- f) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità.

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:

TSMREE – ASL – Distretto .....

Referente.....

Recapiti.....

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con determina dirigenziale del Comune di Cerveteri capofila del Distretto RM4.2. n. 276. Del 30/01/2026 Emanato

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 del richiedente .....