

*Modello “A” Domanda di sostegno economico
Al Comune di _____*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER 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 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 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

1. Certificato sanitario attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del bambino;
2. Copia del documento di identità in corso di validità del minore, degli esercenti la responsabilità genitoriale o di eventuale tutore nominato (in caso di tutore, è necessario altresì allegare il Decreto di nomina);
3. Attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare del minore beneficiario;
4. Eventuale Certificato sanitario attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico di altro/a figlio/a (ai fini della priorità);
5. Relazione del/i professionista con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico iscritto/i all'Elenco Regionale che ha realizzato gli interventi in favore del minore. Nella relazione dovranno emergere, in particolare, gli interventi attuati, metodologie/programmi/trattamenti applicati e gli obiettivi effettivamente raggiunti dal minore nell'annualità 2026.

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 NPIA** che ha in carico il minore:

NPIA – 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 DGPR (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 approvato con determina dirigenziale n. 448 del 16/09/2026 emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.