

*Modello “A” Domanda di sostegno economico
per famiglie con minori nello spettro autistico
fino al dodicesimo anno di età*

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 2025.

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:

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. 262 del 05.11.2025 emanata dal Comune di Anzio Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6.