

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RM 6

Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

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.;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RM 6

Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

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.....

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
