



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori fino al dodicesimo anno di età con disturbo nello spettro autistico*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

Il/la Sottoscritto a.....

nato/ail.....

Residente a.....in via.....n.....

C.F.....

Tel.....cell.....e.mail.....

in qualità di genitore/tutore di.....

nato/a

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;

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Si allega:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Copia della certificazione di diagnosi, rilasciata da struttura pubblica, che attesti la presenza di disturbo dello spettro autistico (ICD10 F84);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidisciplinare di cui all'art. 10 del regolamento Regionale n.1/2019, 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

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n..... del..... emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio – sanitario.

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it