



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA 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
CAPOFILA 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
CAPOFILIA 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