## Modello “A”

**DOMANDA AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO CON ETÀ COMPRESA TRA IL DODICESIMO E IL DICIASSETTESIMO ANNO DI VITA (DAL 12 ANNO E 1 GIORNO FINO AI 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI)**

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 “*Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico”;*

Si allega alla presente:

* Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
* Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore
* Autodichiarazione dello stato di famiglia;
* Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
* Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) nella rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
* Documento in corso di validità attestante l’indicatore della situazione economica equivalente ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario;
* Modello C “Dichiarazione delle spese sostenute” al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell’avvenuto pagamento) relative all’anno 2024**;**
* Modello “D” “MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO”;

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale 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, ecc.) ……….……………………………………………………………

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