|  |  |
| --- | --- |
| CONSORZIO T.I.NE.R.I DISTRETTO SOCIALE VITERBO 5  Piazza dello spedale, Nepi  tel:0761/559006  Pec: [consorziotineri@legalmail.it](mailto:consorziotineri@legalmail.it) | vt5_alta_risoluzione |

# **All. 1(Modello“A”)**

*Domandadi sostegno economico perfamiglie conminori fino al dodicesimo anno di etàcondisturbo dello spettro autistico*

**DOMANDA DISOSTEGNO ECONOMICO PERFAMIGLIE CONMINORIFINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA’NELLOSPETTRO AUTISTICO**

(ai sensi del Regolamento Regionale15gennaio 2019, n. 1 e s.s.m.m.i.i)

Il/la sottoscritto/a................................................................................................................................

nato/a.........................................................................................il.....................................................

residentea......................................................in via................................................................n.......

C.F......................................................................................................................................................

Tel................................Cell...................................email:................................................................

in qualitàdi genitore/tutoredi.............................................................................................................

nato/a.............................................................................il..................................................................

residentea................................................................in via......................................................n.......

C.F......................................................................................................................................................

**CHIEDE**

-l'erogazione di un contributo regionaleper lespesesostenute pergli interventi di cui al Regolamento regionale15gennaio 2019, n. 1;

Si allega:

➊ documento di identità, in corso di validità, del richiedente;

➋Diagnosididisturbo dello spettro autistico;

➌Diagnosi di disturbo dello spettro autistico di eventuale altro figlio/a

➍Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE del nucleo famigliaredelminore beneficiario;

# Modello“A”

*Domandadi sostegno economico perfamiglie conminori fino al dodicesimo anno di età condisturbo dello spettro autistico*

Alloscopodidareattuazioneallavalutazionemultidimensionaledicuiall'art.10delRegolamento Regionalen.1/2019 e s.sm.m.i.i,comunicodiseguitoiriferimentidelservizioTutelaSaluteMentalee Riabilitazione dell'Età evolutiva chehain carico ilminore:

TSMREE (ASL, Distretto,.............................................

Referente............................................

Recapiti...............................................

Autorizzoiltrattamentodeidatipersonalipresentinelladomandaenegliallegati,aisensidelDecretoLegislativo30giugno2003,n.196edelGDPR(RegolamentoUE2016/679)edichiarodiessereinformatocheidatiraccoltisarannotrattati,ancheconstrumentiinformatici,esclusivamentenell'ambitodiquestoprocedimentoeperlefinalitàstrettamenteconnesseallefunzioniistituzionalideglientipreposti.

Luogo e Data

Firma

Ilpresente modellodebitamente compilato va consegnatosecondo le modalità disposte dall'avviso pubblico EmanatodalConsorzio T.I.NE.R.I.