

**INTERVENTI PER IL SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE DI MINORI FINO AL
DICOTTESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO**

Anno finanziario 2024

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	
residente a	
in via	
C.F.	
Cell.	
email:	

CHIEDE

l'erogazione di un contributo *totale o parziale* per le spese sostenute nell'anno 2024 per gli interventi di cui al Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.

in qualità di genitore/tutore di	
nato/a	
il	
residente a	
in via	
C.F.	

relativamente alla domanda inoltrata, numero identificativo _____ **AVDT24**, risultata ammissibile all'erogazione del sostegno economico;

DICHIARA
compilare obbligatoriamente



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNITA'

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Flacciano

Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Moriupo
Nazzano
Ponzano Romano

Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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
