

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

**Anno finanziario 2024**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

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.	



Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi  
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO - ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DICHIARA**  
**compilare obbligatoriamente**

- L'importo dell'ISEE 2024 in corso di validità** del nucleo familiare del minore beneficiario:  
€ \_\_\_\_\_ (quanto dichiarato sarà oggetto di verifica sul sito dell'INPS);
- Servizi attivi in convenzione finanziati con contributi pubblici sociali** nel 2024 (a titolo esemplificativo: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Servizi attivabili in convenzione finanziati con contributi pubblici sociali per i quali si è in lista d'attesa** (a titolo esemplificativo: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva** che ha in carico il minore:  
TSMREE (ASL, Distretto) \_\_\_\_\_  
Medico \_\_\_\_\_  
Telefono/e-mail \_\_\_\_\_
- Il/i nominativo/i del/i professionista/i scelto/i tra gli iscritti di cui alla - Determinazione Regionale 18 gennaio 2024 n. G00470:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



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

**COMUNI IN**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Santi'Onofrio
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filecciano	Porto Romano	

**ALLEGA**  
**Obbligatorio**

1. **Certificato medico** specialista ASL/Ospedale attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore**;
2. Copia del **documento di identità** in corso di validità del richiedente (genitore o tutore del minore);
3. **Certificato medico** specialista ASL/Ospedale attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico** di eventuale altro/a figlio/a (ai fini del riconoscimento del punteggio per la priorità).

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_