



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE  
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2  
Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi  
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri  
Ministro per le disabilità*



*Modello “Allegato A”  
Domanda di sostegno economico per famiglie con figli nello  
spettro autistico dal tredicesimo al diciottesimo anno di età*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO  
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO DAL  
TREDICESIMO FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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 e ss.mm.ii.;

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE  
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2  
Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi  
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri  
Ministro per le disabilità*



*Modello “Allegato A”  
Domanda di sostegno economico per famiglie con figli nello  
spettro autistico dal tredicesimo al diciottesimo anno di età*

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,.....)  
Referente.....  
Recapiti.....

Dichiaro altresì che il/i professionista/i con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico, iscritto nell’elenco dei soggetti idonei e non idonei all'iscrizione nell'Elenco Regionale approvato con Determina 23 maggio 2023, n. G07048, che ha in carico il minore è:

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall’avviso pubblico approvato con Determinazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emanato dal Comune capofila di distretto sociosanitario.