

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO  
PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO  
NELLE FASCE D'ETÀ 0-11 ANNI E 12-17 ANNI**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. e della  
D.G.R. n. 289/2023)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. ....  
C.F. ....  
Tel. .... Cell. ....  
E-mail:.....

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., per la seguente fascia di età:

- 0-11 anni** (da 0 anni e 1 giorno fino agli 11 anni e 364 giorni compiuti);  
 **12-17 anni** (dal 12 anno e 1 giorno fino ai 17 anni e 364 giorni compiuti).

Si allega alla presente istanza:

- a) documento che attesta la diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) fotocopia del documento d'identità del richiedente/permesso di soggiorno, in corso di validità;

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 (TSMREE) della ASL ROMA 6 Distretto RM 6.2 che ha in carico il minore:

*Modello "A"*  
*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori  
con disturbo dello spettro autistico*

Referente Medico .....

Recapiti .....

Dichiaro che i trattamenti effettuati per i disturbi dello spettro autistico rientrano nei programmi psicologici e comportamentali strutturati (ABA, EIBI, ESDM) dei programmi educativi (TEACCH), nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta

Dichiaro altresì che il/i professionista/i con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico iscritto nell'Elenco Regionale, approvato con apposito atto dirigenziale della Regione Lazio, che ha in carico il minore è/sono:

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

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

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

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 G.D.P.R. (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

\_\_\_\_\_