

**AUTODICHIARAZIONE PER 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.

In riferimento al contributo di cui all'oggetto, per l'annualità 2025

D I C H I A R A

che il minore _____ svolge i seguenti trattamenti:

- programmi psicologici e comportamentali strutturati (ABA, EIBI, ESDM);
- programmi educativi (TEACCH);
- Altro (specificare): _____;

che il costo mensile della spesa sostenuta ammonta approssimativamente ad
€ _____ per un costo totale annuo stimato pari ad €
_____.

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:

- iscritto/a all'Elenco Regionale (indicare nominativo): _____

- in fase di iscrizione all'Elenco Regionale (indicare nominativo): _____

-
- non iscritto all' Elenco Regionale (indicare nominativo): _____
-

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 del dichiarante
