******

*Modello “A”*

*** Comune di Montefiascone***

***Provincia di Viterbo***

 **ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1**

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d’Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A]

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETA‘ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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 R.R. 15 gennaio 2019, n. 1;

Si allega:

1. Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
2. Documento aggiornato attestante l’indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;

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……………………………….

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 Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.