



**REGIONE  
LAZIO**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI  
NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

(ai sensi del regolamento regionale 15 gennaio 2019, n.1 e ss.mm.ii)

Protocollo Arrivo N. 25549/2021 del 31-08-2021  
Allegato 4 - Copia Documento

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a .....  
residente a ..... in via.....  
C.F.....  
Tel..... Cell ..... email .....  
in qualità di genitore/tutore di.....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
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;
- a) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



**REGIONE  
LAZIO**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n. 1/2019 e ss.mm.ii, 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 n. 30606 del 31/08/2021 emanato dall'Ente capofila di Distretto socio-sanitario VT/2.

Protocollo Arrivo N. 2549/2021 del 31-08-2021  
Allegato 4 - Copia Documento



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE  
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO  
SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**  
(ai sensi del regolamento regionale 15 gennaio 2019, n.1 e ss.mm.ii)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a 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. ....

-vista la mia domanda, con numero identificativo.....ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n....del .....

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto:

Nominativo: .....

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

Protocollo Arrivo N. 25549/2021 del 31-08-2021  
Allegato 3 - Copia Documento



**REGIONE  
LAZIO**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE**

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2010:

1)

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
  - fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- per un totale di € \_\_\_\_\_**

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

Protocollo Arrivo N. 25549/2021 del 31-08-2021  
 Allegato 3 - Copia Documento



**REGIONE  
LAZIO**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2**

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

--

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			
E' obbligatorio indicare la dicitura completa de l'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.			

Protocollo Arrivo N. 25549/2021 del 31-08-2021 Allegato 3 - Copia Documento

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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 n. 30606 del 31/08/2021 Emanato dall'Ente capofila di Distretto socio-sanitario VT/2.