



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



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

