



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

Annualità 2025

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva  
fino al 12 anno di età con disturbo dello spettro autistico*

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

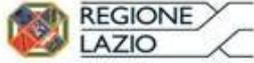
in qualità di genitore/tutore di .....  
nato/a .....il .....  
residente a .....in via ..... n. ....  
C.F. ....

**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.;

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) Copia del documento d'identità del richiedente (genitore-tutore);



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva  
fino al 12 anno di età con disturbo dello spettro autistico*

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