***Modello “A”***

**INTERVENTI PER IL SOSTEGNO ECONOMICO** **ALLE FAMIGLIE DI MINORI**

**NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**

**Esercizio Finanziario 2023**

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

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

**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 |  |
| C.F |  |
| Cell. |  |
| email: |  |
|  |  |
| in qualità di genitore/tutore di |  |
| nato/a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| C.F. |  |

**INDICA**

Il/i nominativo/i del/i professionista/i scelto/i tra gli iscritti di cui alla Determinazione Regionale 23 maggio 2023, n. G07048 (**da compilare obbligatoriamente ai fini del finanziamento**):

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’erogazione di un contributo *totale o parziale* per le spese sostenute nell’anno 2022 per gli interventi di cui al Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. e a tal fine

**DICHIARA**

che i servizi attivi e/o attivabili nella rete sociosanitaria (in convenzione) in favore del minore per il quale si chiede il contributo (*a titolo esemplificativo*: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati) sono (**da compilare obbligatoriamente per l’attribuzione del punteggio**):

|  |  |
| --- | --- |
| **Servizi attivi (in convenzione):** |  |
| **Servizi attivabili (in convenzione) per i quali si è in lista d’attesa:** |  |

**ALLEGA (necessario)**

1. Documentazione sanitaria attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del bambino**;
2. Copia del **documento di identità** in corso di validità del richiedente (genitore o tutore del minore);
3. **Attestazione** **ISEE** in corso di validità del nucleo familiare del minore beneficiario;
4. Documentazione sanitaria attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico** di eventuale altro/a figlio/a (ai fini della priorità).

**COMUNICA (necessario)**

i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell’Età evolutiva che ha in carico il minore:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TSMREE (ASL, Distretto)** |  |  |
| **Referente** |  |  |
| **Recapiti** |  |  |

*Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_