***Modello “A”***

**INTERVENTI PER IL SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE DI MINORI FINO AL DICIOTTESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO**

**Anno finanziario 2024**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| C.F |  |
| Cell. |  |
| email: |  |
| **CHIEDE**  l’erogazione di un contributo *totale o parziale* per le spese sostenute nell’anno 2024 per gli interventi di cui al Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. | |
| in qualità di genitore/tutore di |  |
| nato/a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| C.F. |  |

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

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

**DICHIARA**

**compilare obbligatoriamente**

1. **L’importo dell’ISEE** 2024 in corso di validità del nucleo familiare del minore beneficiario:

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (quanto dichiarato sarà oggetto di verifica sul sito dell’INPS);

1. **Servizi attivi in convenzione** finanziati con contributi pubblici sociali nel 2024 (a titolo esemplificativo: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Servizi attivabili in convenzione** finanziati con contributi pubblici sociali per i quali si è in lista d’attesa (a titolo esemplificativo: logopedia, psicomotricità, interventi riabilitativi, frequenza centri di riabilitazione territoriali accreditati):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell’Età evolutiva** che ha in carico il minore:

|  |  |
| --- | --- |
| TSMREE (ASL, Distretto) |  |
| Medico |  |
| Telefono/e-mail |  |

1. Il/i nominativo/i del/i professionista/i scelto/i tra gli iscritti di cui alla - Determinazione Regionale 18 gennaio 2024 n. G00470:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

Firma

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

**ALLEGA**

**Obbligatorio**

1. **Certificato medico** specialista ASL/Ospedale attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore**;
2. Copia del **documento di identità** in corso di validità del richiedente (genitore o tutore del minore);
3. **Certificato medico** specialista ASL/Ospedale attestante la **diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico** di eventuale altro/a figlio/a (ai fini del riconoscimento del punteggio per la priorità).

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

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