COMUNE DI COLLEFERRO - AOO - REG_PROT - 0011833 - Uscita - 17/03/2025 - 12:09

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

Modello A

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ

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

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. ……

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 pena di esclusione****:*

- *Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;*
- *Certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1);*
- *ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;*
- *Autocertificazione dello stato di famiglia;*
- *Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;*
- *Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.*
-

Qualora il rilascio della certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1), dovesse richiedere un tempo superiore a quello di apertura del presente avviso, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio per ulteriori n. 10 (dieci) giorni oltre la data di scadenza del presente avviso.

Si precisa che l'Elenco dei professionisti, di cui all'art. 3 del Regolamento in oggetto, è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: https://www.salutelazio.it/sostegno-economico-alle-famiglie-con-minori-nello-spettro-autistico-fino-a-12-anni-di-et%C3%A0

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……

Luogo e Data _____

Firma

_____

INFORMATIVA PRIVACY *(art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)*
I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma

_____

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con Determinazione n._____ del _____ emanato dal Comune di Colleferro in qualità di capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.6.

COMUNE DI COLLEFERRO - AOO - REG_PROT - 0011833 - Uscita - 17/03/2025 - 12:09