



**COMUNE DI FONDI**  
 (Provincia di Latina)  
 SETTORE I – UFFICIO DI PIANO



*Modello “A”  
 Domanda di sostegno economico per famiglie con minorifino  
 al dodicesimo anno di età con disturbo dello spettro  
 autistico*

*Al Comune di Fondi*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI FINO  
 AL DODICESIMO ANNO DI ETA’ NELLO SPETTRO AUTISTICO**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

Il/la sottoscritto/a .....  
 nato/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) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) Documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto richiedente e del minore;

*Modello "A"*  
*Domanda di sostegno economico per famiglie con minori fino al  
dodicesimo 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, potrà essere consegnato :

- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Fondi
- via PEC all'indirizzo: [ufficiodipianolt4.comunedifondi@pecaziendale.it](mailto:ufficiodipianolt4.comunedifondi@pecaziendale.it)

secondo le tempistiche indicate nell'avviso pubblico emanato dal Comune di Fondi/Ente capofila del Distretto socio-sanitario LT/4.