SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

PAGUS

Modello A

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO 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 NPIA (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;

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali - partenza prot. 0001971 del 22-09-2026 - Distretto RM6.4 - 03

- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del presente avviso, la famiglia abbia richiesto la certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico (Allegato 1) al NPIA del territorio di residenza, ma non l'abbia ancora ricevuta, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio, per la sola integrazione dell'Allegato 1, dietro presentazione della suddetta richiesta di certificazione avanzata al NPIA in tempo utile, entro n. 10 (dieci) giorni oltre la sopra indicata data di scadenza.

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.regione.lazio.it/cittadini/sociale-famiglie/disturbi-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:

NPIA – ASL - Distretto…….

Referente……..

Recapiti…….

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

_____

Pagus Consorzio Intercomunale Distretto RM6.4 - prot. 0001971 del 22-09-2026 - partenza
Servizi Sociali Distretto RM6.4 - prot. 0001971 del 22-09-2026 - partenza