



Comune di Lariano

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5**  
**Città di Velletri Capofila**



**REGIONE**  
**LAZIO**



Città di Velletri

*Allegato 2*

*Modello "A"*

**All'Ufficio Servizi Sociali**  
**del Comune di \_\_\_\_\_**

(indicare Comune di residenza)

*Il presente modello debitamente compilato e sottoscritto va consegnato presso il Comune di residenza, secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico per l'anno 2025 emanato dal Comune di Velletri, capofila del Distretto socio-sanitario RM 6.5.*

**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.)  
**ANNO 2025**

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. ....

**PRESENTA**

istanza per l'attribuzione del contributo regionale per il sostegno economico per minori fino dodicesimo anno di età nello spettro autistico (ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.) in riferimento all'avviso in oggetto, pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Velletri e del Comune di Lariano. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **allega:**



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5**  
**Città di Velletri Capofila**



Comune di Lariano

Città di Velletri

*Allegato 2*

*Modello "A"*

- a) copia della Diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i, rilasciata da struttura pubblica o da struttura privata accreditata;
- b) documento in corso di validità attestante l'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE per prestazioni socio-sanitarie del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del/i minore/i.

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto e di accettarne tutte le condizioni;
- che il/i minore/i ha/hanno un'età compresa tra 0 e 12 anni;
- di essere in possesso di un'attestazione ISEE ordinario o corrente, in corso di validità il cui valore è pari ad € \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di un conto corrente bancario o postale sul quale versare i contributi in oggetto. Dovrà essere indicato obbligatoriamente un IBAN di 27 caratteri rilasciato dalla banca o dalla posta, anche relativo ad una carta prepagata, i cui primi due saranno IT (**sono esclusi i libretti postali che riportano il codice 0760103384**);

**CHIEDE**

che, in caso di accoglimento della domanda, l'erogazione del contributo spettante sia effettuata tramite bonifico, **(dovrà essere indicato obbligatoriamente un IBAN di 27 caratteri rilasciato dalla banca o dalla posta, anche relativo ad una carta prepagata, i cui primi due saranno IT, sono esclusi i libretti postali che riportano il codice 0760103384)** sul conto corrente di seguito indicato ***(N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante)***:

Intestatario conto			
Cointestatario conto			
C.F. Intestatario			
Indirizzo		Città	
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			





Comune di Lariano

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5**  
**Città di Velletri Capofila**



Città di Velletri

*Allegato 2*

*Modello "A"*

diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

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 di entrambi i genitori

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