



**REGIONE
LAZIO**



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
**ASL
ROMA 5**



Modello C

**AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DICIASSETTESIMO ANNO DI VITA
(FINO AI 17 ANNI E 364 GIORNI COMPIUTI)**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO
ECONOMICO**

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.
- vista la mia domanda, con numero di protocollo _____ del _____, ammissibile all'erogazione
del sostegno economico con atto n. _____ del ___/___/2025;
- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

INDICA

il nominativo/i del professionista/i scelto/i, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del
Regolamento 15 gennaio 2019, n.1*:

