

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO  
E DELLO SPETTRO AUTISTICO  
Ai sensi della DGR 392/2013

All'Ente \_\_\_\_\_

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

Il/la sottoscritto/a

- Richiedente per sé  
 Familiare della persona per cui si richiedono i benefici  
 Tutore della persona per cui si richiedono i benefici  
 Curatore o amministratore di sostegno della persona per cui si richiedono i benefici  
(in caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia del decreto del tribunale)

**CHIEDE**

di poter beneficiare degli interventi ex- DGR n° X/392 del 12/07/2013 “ Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico”

**DATI RIFERITI AL RICHIEDENTE (SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sesso maschio femmina Codice Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  
Domiciliato in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Grado di parentela con l'eventuale beneficiario \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a) di avere necessità di aiuto e supporto per:

**DATI RIFERITI AL SOGGETTO BENEFICIARIO DELL'INTERVENTO AI SENSI EX DGR 392/2013 (SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sesso maschio femmina  
Codice Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tessera sanitaria n. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Carta d'Identità n. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO  
E DELLO SPETTRO AUTISTICO  
Ai sensi della DGR 392/2013

Domiciliato in via/p.za _____ Comune di domicilio _____ Prov. ____
Recapito telefonico _____ Eventuale indirizzo e-mail _____

che la persona assistita Presenta Diagnosi di Autismo o Disturbo Pervasivo dello Sviluppo

SI, effettuata da \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ Codice Diagnosi \_\_\_\_\_

NO

Non presenta diagnosi certificata, ma \_\_\_\_\_

Note

---

---

---

---

---

---

---

---

a) che la persona interessata attualmente frequenta:

- istituto scolastico \_\_\_\_\_
- nome struttura Sanitaria e/o socio Sanitaria \_\_\_\_\_
- nome struttura Sanitaria e/o socio Sanitaria \_\_\_\_\_
- lavora presso \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

b) di dare tempestiva comunicazione all'ente in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura, riabilitazione ecc, ricovero di sollievo, oppure in caso di decesso;

c) di essere a conoscenza che i dati relativi alla presente domanda verranno trasmessi dall'ente \_\_\_\_\_, all'ASL Milano 1 che ai sensi dell'art. 71, d.p.r. 28/12/2000, n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto;

d) di essere a conoscenza che l'ASL si riserva di chiedere all'ente \_\_\_\_\_ in qualsiasi momento ulteriori integrazioni alla presente domanda;

### ALLEGA

Documentazione clinica attestante le condizioni di salute della persona interessata, o altra documentazione ritenuta opportuna a rappresentare le condizioni clinico-funzionali del beneficiario dell'intervento [a titolo di esempio non esaustivo a) valutazioni specialistiche; b) Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso); c) Legge 104/92;d) certificazione alunno disabile; e) Legge 68/99, ecc.]

✓ Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente (nel caso non possa essere esibito direttamente)

✓ Fotocopia del documento di identità in corso di validità del beneficiario

✓ Altro \_\_\_\_\_

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO  
E DELLO SPETTRO AUTISTICO  
Ai sensi della DGR 392/2013

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(Cognome e nome per esteso e leggibile del richiedente) \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del d.Lgs. n.196/2003

SI INFORMA

- a) che i dati che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni mediche e/o documentazione socio-sanitaria, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'Ente;
- b) che tali dati verranno trattati solo ai fini del servizio da Lei richiesto e dalla relativa gestione amministrativa;
- c) che il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati. Le modalità di trattamento dei dati a Lei riferibili possono prevedere l'utilizzo di strumenti informativi per la loro elaborazione insieme a dati riferiti ad altri soggetti. Si può anche prevedere l'utilizzo dei dati in forma anonima per finalità statistiche e di ricerca;
- d) i dati verranno trasmessi all'ASL Milano 1 in qualità di responsabile dell'attuazione della D.G.R. 392/2013;
- e) che il trattamento comporta:
- l'istituzione di una scheda personale/cartella contenente dati di carattere: anagrafico, amministrativo, fiscale, sanitario, sociale;
  - l'eventuale richiesta ad altre strutture di ulteriori accertamenti;
  - la stesura di referti e di certificazioni;
- f) che il conferimento dei dati da parte della S. V. o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività a Suo favore è necessario, in quanto il non conferimento potrebbe fornire un quadro clinico e/o sociale incompleto con conseguente pregiudizio per la S. V.;
- g) che può essere prevista la comunicazione dei dati a:
- Azienda Sanitaria Locale;
  - Aziende Ospedaliere;
  - Regione Lombardia;
  - Enti che svolgono attività correlate alle attività previste dalla DGR 392/2013

---

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MILANO 1**

SEDE LEGALE LEGNANO - 20025 - Via Savonarola, 3

Direzione Generale Rho - 20017 - Corso Europa, 246

Sede amministrativa Magenta - 20013 - Via Al Donatore di Sangue, 50

Codice Fiscale e P. IVA 12313930153 - Numero Verde 800.671.671 - Sito Internet [www.aslmi1.mi.it](http://www.aslmi1.mi.it)

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO  
E DELLO SPETTRO AUTISTICO  
Ai sensi della DGR 392/2013

h) che il titolare del trattamento è il legale rappresentante dell'Ente .....

i) che i suoi diritti in relazione ai dati personali sono quelli di cui al D.Lgs. 196/2003 ,  
tra cui in particolare:

- il diritto di conoscere i Suoi dati personali registrati,
- di ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, ad eccezione dei dati che debbano essere conservati per legge ( es. cartella clinica),
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati illegittimi o utilizzati per fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario.

Per consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano così come descritti nell'informativa.

Lì \_\_\_\_\_

Firma dell'utente/genitore/tutore