REGIONE LAZIO

MODELLO B **Programmazione per la misura di sostegno alle famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età**	**ANNO ……**
Distretto sociosanitario	
Referente distrettuale della misura	
Recapito referente distrettuale della misura	
Mail referente distrettuale della misura	
Finanziamento regionale per la misura di sostegno	
Provvedimento/i elenco domande destinatarie di contributo	**(Citare atto/i e data)**
Totale domande ammissibili	
Totale domande destinatarie di contributo	

Codice destinatario della misura di sostegno	**Comune di residenza del beneficiario**	**Eta' del minore beneficiario**	**ISEE**	**Quota di contributo impegnato**