REGIONE LAZIO

MODELLO B **Programmazione per la misura di sostegno ASD**			**ANNO 2023**	
Distretto sociosanitario				
Referente distrettuale della misura				
Recapito referente distrettuale della misura				
Mail referente distrettuale della misura				
Finanziamento regionale complessivo per la misura di sostegno				
Provvedimento elenco domande destinatarie di contributo				
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 previsto (impegnato)**