

Spett.le
Azienda ULSS 1 Dolomiti

Alla c.a.: (barrare Distretto interessato)

- ☐ Distretti 1 Belluno
☐ Distretto 2 Feltre

Domanda di contributo per applicazione Metodi riabilitativi “Doman - Vojta - Fay - ABA - Perfetti” a portatori di handicap psicofisici - L.R. 6/99 e S.M.I.”

Il/la _____ sottoscritt _____
nat__a _____ il _____
residente in Via _____ nr. _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____
tel. o cell. _____ Codice Fiscale _____
e-mail: _____

in qualità di genitore del minore / di tutore / di amministratore di sostegno di:

Nome _____ Cognome _____
nat__a _____ il _____
Codice Fiscale _____

C H I E D E

il riconoscimento del contributo per le prestazioni di cui all’oggetto, svolte nel periodo dal _____ al _____ e relative all’applicazione del metodo:

☐ DOMAN ☐ VOJTA ☐ FAY ☐ ABA ☐ PERFETTI

Specificare il Centro di cura di riferimento o specialista supervisore:

Centro: _____

Specialista: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 28.12.2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

D I C H I A R A

- la persona che ha usufruito degli interventi è residente nella Regione del Veneto dal _____;
- la persona che ha usufruito degli interventi è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell’art.3 della L.104/92 (o in attesa di rilascio certificazione);

- le spese suddette sono state sostenute effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di eventuali altri contributi;
- in base all'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 le copie allegate alla presente sono conformi agli originali in mio possesso.

Chiede che l'erogazione del contributo avvenga a mezzo versamento c/c bancario/postale intestato a (persona che richiede il contributo o beneficiario):

Nome Cognome _____

codice IBAN : n. _____

(allegare prospetto della banca con intestazione e coordinate bancarie)

Data _____

Firma* _____

* Il genitore firmatario dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

I dati forniti sono trattati ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 "GDPR". Per maggiori informazioni consultare l'informativa sul sito www.aulss1.veneto.it nella sezione dedicata.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- ☐ Elenco dettagliato dei documenti da presentare;
- ☐ Copia documenti giustificativi delle spese sostenute **per le prestazioni effettuate nel periodo dal _____ al _____** (fatture, scontrini ecc.). **I documenti fiscalmente validi dovranno essere relativi esclusivamente al portatore di handicap e all'accompagnatore. Nelle fatture relative alle terapie riabilitative dovrà essere indicato il tipo di metodo applicato, il periodo di riferimento e ore di prestazione. In caso di viaggio per visite specialistiche, le ricevute di alberghi o pranzi dovranno essere relative esclusivamente a 2 persone: il portatore di handicap e l'accompagnatore non saranno prese in considerazione ricevute o scontrini con importi cumulativi/generici.**
- ☐ copia documento di riconoscimento di chi presenta la domanda;
- ☐ copia documento del codice fiscale del richiedente e del figlio/a prospetto bancario con codice IBAN;
- ☐ modulo compilato relativo al consenso del trattamento dei dati personali (regolamento UE 2016/679).