

Spett.le
Azienda ULSS 6 Euganea
Casella Postale Aperta
35122 Padova Centro

protocollo.aulss6@pecveneto.it

protocollo@aulss6.veneto.it

Alla c.a.: (barrare con una **X** il Distretto interessato)

- ☐ Distretti Padova Bacchiglione, Padova Piovese,
Padova Terme Colli
U.O.C Disabilità e Non Autosufficienza
- ☐ Distretto Alta Padovana
U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza
- ☐ Distretto Padova Sud
U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza

Domanda di contributo per applicazione Metodi riabilitativi "Doman - Vojta - Fay - ABA - Perfetti - Feldenkrais" a portatori di handicap psicofisici – L.R. 6/99 e S.M.I.". ANNUALITA' 2022/2023

SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA: 11/08/2023

_____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____
residente in Via _____ n. _____
Comune _____ Prov. (_____) CAP _____
Tel. o Cell. _____ Codice Fiscale _____
e-mail _____ PEC _____
in qualità di genitore del minore / di tutore /di amministratore di sostegno di:
Cognome _____ Nome _____
nat _____ a _____ il _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

il riconoscimento del contributo per le prestazioni di cui all'oggetto, svolte nel periodo dal _____ al _____ e relative all'applicazione del metodo (indicare una X nella casella prima del nome del metodo):

☐ DOMAN ☐ VOJTA ☐ FAY ☐ ABA ☐ PERFETTI ☐ FELDENKRAIS

Specificare il Centro di cura di riferimento o specialista supervisore:

Centro: _____

Specialista Supervisore: _____

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

1. la persona che ha usufruito degli interventi è residente nella Regione Veneto dal _____
2. la persona che ha usufruito degli interventi è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art.3 della L.104/92 ovvero in attesa di rilascio certificazione (è sufficiente aver presentato domanda);
3. le spese suddette sono state sostenute effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di eventuali altri contributi;
4. 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; NON saranno accettati IBAN appartenenti a soggetti diversi dal beneficiario o richiedente e quelli dei libretti postali)

Cognome e nome _____

codice IBAN n.: _____

(allegare prospetto della banca con intestazione e coordinate bancarie. NON accettabile il LIBRETTO POSTALE)

Luogo e 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.aulss6.veneto.it nella sezione dedicata al Sistema Privacy Aziendale.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. Modulo compilato e sottoscritto relativo al consenso per il trattamento dei dati personali;
2. Copia del documento d'identità e del codice fiscale del richiedente;
3. Copia del documento d'identità e del codice fiscale del beneficiario;
4. Copia documento bancario che evidenzi **l'intestazione del conto corrente o carta prepagata a nome del RICHIEDENTE o BENEFICIARIO e le coordinate bancarie (IBAN)**. Non sarà possibile la liquidazione su conti diversi da quello del richiedente o beneficiario.
5. Elenco della documentazione delle spese sostenute per vitto e alloggio, compilando l'ALLEGATO 1;
6. Elenco della documentazione delle spese sostenute per viaggio, compilando l'ALLEGATO 2;
7. Elenco della documentazione delle spese sanitarie sostenute, compilando l'ALLEGATO 3;
8. Elenco delle spese sostenute per l'acquisto di materiale per l'applicazione del metodo, compilando l'ALLEGATO 4.



AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art. 6, lett. a) del Regolamento Europeo 2016/679)

Il sottoscritto Cognome e Nome _____

Via _____ Comune _____ Prov. (____)

Telefono _____ e-mail _____

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida _____)

nr. Documento _____ Data di scadenza _____

☐ per proprio conto

☐ per conto dell'assistito di seguito indicato

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune _____ Prov. (____)

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida _____)

nr. Documento _____ Data di scadenza _____

☐ esercitando la potestà genitoriale

☐ esercitando la tutela, in qualità di * _____

(indicare gli estremi del provvedimento solo per le categorie "tutore e curatore") in forza del provvedimento del Giudice Tutelare
del Tribunale di _____

R.G. numero _____ del _____

Vista l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del GDPR n. 2016/679,

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e/o particolari nei limiti strettamente necessari al raggiungimento delle finalità previste dall'informativa stessa.

Luogo e data _____ Firma _____

(*) tutore / curatore / amministratore di sostegno