



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

protocollo.aulss6@pecveneto.it

protocollo@aulss6.veneto.it

Alla c.a.: (barrare 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' 2020/2021.

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 _____

CHIEDE

il riconoscimento del contributo per le prestazioni di cui all'oggetto, svolte nel periodo dal **01/08/2020** al **31/07/2021** e relative all'applicazione 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 del 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)

Nome Cognome _____

codice IBAN : n. _____

(allegare prospetto della banca con intestazione e coordinate bancarie)

Firma* _____

Data _____

* 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. Elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio, compilando il modulo ALLEGATO 1.
2. Elenco dettagliato della documentazione delle spese sanitarie sostenute, compilando il modulo ALLEGATO 2.
3. Elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per acquisto materiale compilando il modulo ALLEGATO 3.
4. Dichiarazione professionista supervisore/centro terapeutico ALLEGATO 4.
5. Copia documento di riconoscimento di chi presenta la domanda.
6. Copia documento del codice fiscale del richiedente e del beneficiario/a e codice IBAN (rilasciato dall'Istituto bancario/postale) intestato esclusivamente al richiedente o al beneficiario.
7. Modulo compilato relativo al consenso del trattamento dei dati personali (regolamento UE 2016/679).



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 _____ Provincia ()

Telefono _____ email _____

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 _____ Provincia ()

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