



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

protocollo.aulss6@pecveneto.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.". Annualità 2019/2020.**

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 **01/06/2019** al **31/07/2020** e relative all'applicazione del metodo:

**DOMAN**       **VOJTA**       **FAY**       **ABA**       **PERFETTI**

per il metodo  **FELDENKRAIS** periodo dal **29/11/2019** al **31/07/2020**

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 (o in attesa di rilascio certificazione);
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)

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](http://www.aulss6.veneto.it) nella sezione dedicata al Sistema Privacy Aziendale.

#### **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

1. Elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute indicando per ciascun documento fiscale (fattura, ricevuta, scontrino fiscale, etc) il numero e la data, il professionista che l'ha emessa, il periodo di riferimento del documento e l'importo. L'elenco dovrà essere distinto per spese sanitarie; Altro; Spese di viaggio; vitto e alloggio.
2. Copia documenti giustificativi delle spese sostenute **per le prestazioni effettuate nel periodo 01/06/2019 al 31/07/2020** (fatture, scontrini fiscali, ricevute). Solo per il metodo **Feldenkrais** il periodo è dal **29/11/2019 al 31/07/2020**. I documenti fiscalmente validi dovranno essere relativi esclusivamente al **sogetto diversamente abile e all'accompagnatore**. Nelle fatture relative alle terapie riabilitative dovrà essere indicato il tipo di metodo applicato, il periodo di riferimento e le ore di prestazione. In caso di viaggio per visite specialistiche, le ricevute di alberghi e/o pasti consumati dovranno essere relative esclusivamente a **2 persone: il diversamente abile e l'accompagnatore**. Non saranno ammesse al rimborso ricevute o scontrini fiscali con importi cumulativi/generici. In caso di richiesta di rimborso chilometrico per visite o terapie svolte fuori città di residenza, è necessario compilare la tabella allegata corredandola con gli attestati di presenza rilasciati dal centro di terapia. **Gli scontrini per materiali didattici dovranno essere corredati da richiesta del terapeuta di riferimento.**
3. Copia documento di riconoscimento di chi presenta la domanda.
4. Copia documento del codice fiscale del richiedente e del figlio/a e codice IBAN (rilasciato dall'Istituto bancario/postale).
5. 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

**RIMBORSO SPESE TRASPORTO**

VALORE PARI AD 1/5 PREZZO MEDIO MENSILE BENZINA VERDE

Fonte: sito Ministero delle Infrastrutture

MESE	EURO	KM PERCORSI NEL MESE	TOTALE	PEDAGGIO AUTOSTRADALE
GIU. 2019	0,319			
LUG. 2019	0,319			
AGO. 2019	0,315			
SET. 2019	0,316			
OTT. 2019	0,315			
NOV. 2019	0,315			
DIC. 2019	0,317			
GEN. 2020	0,317			
FEB. 2020	0,310			
MAR. 2020	0,297			
APR. 2020	0,282			
MAG. 2020				
GIU. 2020				
LUG. 2020				

Maggio - giugno - luglio non ancora pervenuti

TOTALE COMPLESSIVO