



Spett.le Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana  
Via S. Ambrogio di Fiera, n. 37  
31100 Treviso  
[protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it)

Alla c.a.: **(barrare Distretto interessato)**

- Distretto TREVISO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare ala sede di Treviso)  
 Distretto ASOLO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare a sede di Castelfranco Veneto)  
 Distretto PIEVE DI SOLIGO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare a sede di Conegliano)

**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.”.**

**PERIODO 01/05/2025 – 30/04/2026**

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 **01/05/2025** al **30/04/2026** 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: \_\_\_\_\_

Titolo/qualifica: \_\_\_\_\_

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,

### DICHIARA

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 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 : \_\_\_\_\_

**(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 del Regolamento (UE) 679/2016 "GDPR". Per maggiori informazioni consultare l'informativa sul sito [www.aulss2.veneto.it](http://www.aulss2.veneto.it) nella sezione dedicata al Sistema Privacy Aziendale.

### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. modulo compilato e sottoscritto per il consenso al trattamento dei dati personali, presente nella domanda;
2. copia del documento di identità del richiedente;
3. copia del codice fiscale del richiedente;
4. copia del codice fiscale del beneficiario;
5. copia del documento bancario che evidenzia l'intestazione del conto corrente o carta prepagata (richiedente o beneficiario) e le coordinate bancarie (IBAN). Non sarà possibile la liquidazione su conti diversi da quello del richiedente o beneficiario;
6. elenco dettagliato della documentazione delle spese sanitarie compilando **ALLEGATO 1**;
7. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per trasporto, vitto e alloggio compilando **ALLEGATO 2**;
8. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per acquisto materiale compilando **ALLEGATO 3**;
9. Dichiarazione rilasciata dal Centro Riabilitativo/Supervisore del progetto riabilitativo, compilando **ALLEGATO 4**;

AZIENDA U.L.S.S. N. 2 MARCA TREVIGIANA  
www.aulss2.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss2@pecveneto.it  
Via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37 – 31100 TREVISO

-----  
Cod. Fisc. / P. IVA 03084880263

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(art. 6, lett. a) del Regolamento Europeo 2016/679)**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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 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