



Spett.le Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana
 Via S. Ambrogio di Fiera, n. 37
 31100 Treviso
protocollo.aulss2@pecveneto.it

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

- Distretto TREVISO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare alla 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 01/07/2023 – 30/06/2024

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 **01/07/2023** al **30/06/2024** 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 allegare 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 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