

Spett.le Azienda ULSS 8 Berica

[protocollo@aulss8.veneto.it](mailto:protocollo@aulss8.veneto.it)

[protocollo.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss8@pecveneto.it)

UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consulitori

UOS Età Evolutiva

**Distretto Est**

**Distretto Ovest**

**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 2023/2024**

**SCADENZA per la presentazione della domanda: 16/08/2024**

\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

---

**Referente procedura:** dr.ssa Ilenia Danese

Tel. 0444/752924 – 333/4800185

Email: [ilenia.danese@aulss8.veneto.it](mailto:ilenia.danese@aulss8.veneto.it)

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 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

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.aulss8.veneto.it](http://www.aulss8.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.

**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