



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfini n. 37 – 36100 VICENZA
COD.FISC. E P.IVA 02441500242 – Cod. IPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

Spett.le Azienda ULSS 8 Berica
protocollo@aulss8.veneto.it
protocollo.aulss8@pecveneto.it

UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori

- 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 2025/2026 (PERIODO 01/06/2025 - 31/05/2026)**

SCADENZA per la presentazione della domanda: 15/06/2026

_____ 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):

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DOMAN | <input type="checkbox"/> VOJTA |
| <input type="checkbox"/> FAY | <input type="checkbox"/> ABA |
| <input type="checkbox"/> PERFETTI | <input type="checkbox"/> FELDENKRAIS |

Specificare il Centro di cura di riferimento o specialista supervisore:

Centro: _____

Specialista Supervisore: _____

Per un **TOT. COMPLESSIVO** della spesa pari ad EURO: _____

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 ottenuti per le medesime spese;
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 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 documento di identità e codice fiscale di chi presenta la domanda e del beneficiario;
3. Copia documento bancario che evidenzia 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.
4. Elenco della documentazione delle spese sostenute per vitto e alloggio, compilando l'ALLEGATO 1;
5. Elenco della documentazione delle spese sostenute per viaggio, compilando l'ALLEGATO 2;
6. Elenco della documentazione delle spese sanitarie sostenute, compilando l'ALLEGATO 3;
7. 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/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

residente in Via _____

Comune _____ Prov. _____

Telefono _____ e-mail _____

Documento di riconoscimento (carta d'identità/passaporto/patente di guida)

n. _____ data di scadenza _____

per proprio conto

per conto dell'assistito di seguito indicato

Cognome e Nome _____

residente in Via _____

Comune _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento (carta d'identità/passaporto/patente di guida)

n. _____ data di scadenza _____

esercitando la responsabilità genitoriale

esercitando la tutela/amministrazione di sostegno in qualità di _____

(indicare gli estremi del provvedimento solo per le categorie "tutore" o "amministratore di sostegno")

in forza del provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____

R.G. n. _____ del _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e di essere informato che i dati personali e particolari conferiti saranno trattati dall'Azienda ULSS 8 Berica esclusivamente per le finalità connesse all'istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione del contributo richiesto ai sensi della L.R. 6/1999 e s.m.i., nei limiti strettamente necessari allo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

(*) tutore / amministratore di sostegno