

**FORMAT DELLA DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI SOGGETTIVI DI CUI ALLA**

**D.G.R. n. 1584 DEL 25/11/2024**

**Art. 72 comma 4 legge regionale n. 32/2022 - Criteri e modalità di assegnazione del contributo alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico**

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in possesso della  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di fatti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità, in qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE** della [\*]:

- Ditta* \_\_\_\_\_
- Società* \_\_\_\_\_
- Associazione* \_\_\_\_\_
- Cooperativa* \_\_\_\_\_
- altro* \_\_\_\_\_ (specificare)

**DICHIARA CHE**

la Struttura \_\_\_\_\_  
rientra tra quelle che possono erogare prestazioni ammesse a contributo di cui alla lettera d) del Paragrafo C della DGR n° 1584/2024: [\*]

- strutture di cui al R.R. n. 9/2016*
- strutture di cui al R.R. n. 14/2014*
- Presidi di Riabilitazione ex art. 26*
- Centri diurni socio riabilitativi di cui al R.R. n. 5/2019 accreditati e contrattualizzati con le ASL*

**DICHIARA altresì che le prestazioni saranno erogate [\*\*]**

- in regime di solvenza;*
- in locali o ambienti che concorrono al rispetto dei requisiti strutturali per le strutture residenziali accreditate;*
- con professionisti aventi i requisiti di cui al precedente punti a), b), c) e d) in aggiunta rispetto allo standard organizzativo previsto dagli specifici regolamenti*

\* [per l'ammissione al contributo barrare una delle caselle sotto riportate]

\*\* [per l'ammissione al contributo barrare tutte le caselle]



La sede presso cui saranno erogate le prestazioni è ubicata in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

Il/I sottoscritto/i dichiarano:

**Informativa Privacy:**

- di aver ricevuto l'informativa ex art. 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.
- I Suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

SI ALLEGA: Documento di riconoscimento del Legale Rappresentante dichiarante.



\* [per l'ammissione al contributo barrare una delle caselle sotto riportate]

\*\* [per l'ammissione al contributo barrare tutte le caselle]