

**MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ALLE SPESE SANITARIE
SOSTENUTE DAI CITTADINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DI CUI ALL'ART. 72
COMMA 4 DELLA L.R. N° 32/2022 ED ALLA D.G.R. N° 1086/2023.**

Al **DIRETTORE DEL DISTRETTO**

SOCIO SANITARIO N° _____

e, per il proprio tramite

Al **DIRETTORE GENERALE ASL BA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevoli che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, i sottoscritti:

PADRE	Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____ Codice Fiscale Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____ Numero di telefono _____
MADRE	Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____ Codice Fiscale Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____ Numero di telefono _____

O, in alternativa,

TUTORE/CURATORE/AMM.RE DI SOSTEGNO	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale
	Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____
	Numero di telefono _____ PEC/E-mail _____
	Atto di nomina _____

in qualità di genitore esercente la patria potestà o tutore o curatore o amministratore di sostegno dell'assistito (minore o non in grado di intendere e volere) affetto/a da disturbo dello spettro autistico:

ASSISTITO	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale
	Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____

DICHIARANO/DICHIARA CHE:

- 1) La richiesta è relativa a trattamenti di cui al PRI datato _____ riferiti all'anno _____;
- 2) ai sensi dell'Allegato 1 alla DGR 1086/2023, paragrafo A, punto 1), il proprio nucleo familiare è residente in Puglia da almeno un anno (*"possono presentare istanza di contributo le persone*

residenti in Puglia da almeno un anno fino all'età di 21 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro autistico");

- 3) per il trattamento sanitario del Disturbo dello Spettro Autistico per il minore suindicato non è stato richiesto e/o non è stato ottenuto alcun contributo da parte di altri enti pubblici regionali e/o locali e detto minore non usufruisce di altri interventi di ri/abilitazione a carico del SSR per i disturbi dello spettro autistico, né usufruisce di altra misura regionale a qualsiasi titolo in funzione della condizione di disabilità.

Ai fini dell'istruttoria si allega la seguente documentazione (in copia conforme all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000):

- a) preventivo economico annuo dettagliato per tipologia di prestazione/intervento rilasciato dal professionista sanitario o dalla Struttura - di cui al paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1086/2023 - in linea con il programma di trattamento individualizzato autorizzato dal CAT, dal quale si evincano le ore necessarie per la prestazione/intervento;
- b) documentazione probante i titoli e la specifica esperienza per il trattamento dei soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico da parte del professionista sanitario come da paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1086/2023 e valutati dal CAT;
- c) in caso di scelta di struttura di cui al paragrafo C lettera d) dell'Allegato 1 della DGR n° 1086/2023, dichiarazione del legale rappresentante della struttura, resa ai sensi del DPR 445/2000, riportante che le prestazioni sono rese:
 - i. in regime di solvenza e non rientrano tra quelle contrattualizzate con la ASL;
 - ii. in locali o ambienti che concorrono al rispetto dei requisiti strutturali richiesti dalla specifica normativa per le strutture accreditate;
 - iii. con professionisti avente i requisiti di cui ai punti a), b) e c) del paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1086/2023 in aggiunta rispetto allo standard organizzativo previsto dagli specifici regolamenti;
- d) la sede/studio presso cui sono state erogate le prestazioni;
- e) le prescrizioni al trattamento rilasciate dal CAT o dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL BA con relativo programma di trattamento individualizzato con certificazione attestante l'impossibilità a poter accedere alle strutture pubbliche o a poter accedere alle strutture private accreditate e contrattualizzate per l'autismo in ragione dell'indisponibilità di posti per la presa in carico;
- f) copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale del minore e del dichiarante.

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>.

_____, lì _____

Firma dei genitori

Oppure

Firma del tutore / curatore / amministratore di sostegno dell'assistito
