

AL DIRETTORE GENERALE ASL BT

VIA FORNACI, 201

ANDRIA

DOMANDA DI RICHIESTA PREVENTIVA CONTRIBUTO
DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 1340 del 05/06/2015

ANNO 20 _____

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____

residente a _____ In via _____

tel. _____ Fax _____ cell. _____ Indirizzo di posta

elettronica _____

In qualità di genitore esercente la patria potestà sul proprio figlio _____

_____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ affetto da autismo e/o disturbo dello spettro
autistico

CHIEDE

la preventiva autorizzazione ai fini dell'assegnazione del contributo previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1340 del 05/06/2015 e legge regionale n. 45/2008 art. 9 per l'applicazione degli interventi riabilitativi basati sul metodo ABA.

Allega:

- Domanda
- Preventivo di spesa intervento riabilitativo metodo ABA
- prescrizione rilasciata dal servizio Sanitario ASL e/o da un Servizio di Neuropsichiatria infantile ASL o da Unità di NPI di ospedale pubblico, IRCCS o Ente Ecclesiastico (in originale)
- programmazione individualizzata
- autocertificazione attestante il nucleo familiare
- dichiarazione, resa sotto forma di atto notorio, con la quale il richiedente attesta che per il trattamento in questione non è stato richiesto e/o ottenuto alcun contributo da parte di enti pubblici e né usufruisce di altri trattamenti di riabilitazione a carico del S.S.R. per i disturbi dello spettro autistico.
- Certificato di residenza storico (in Puglia da almeno 1 anno)
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del genitore
- documento di riconoscimento del minore e codice fiscale
- modalità di erogazione contributo (coordinate bancarie e/o altro)

Data _____

firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data di nascita)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A

1. di essere residente a _____ in Via _____ n. _____
2. che la propria famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

N. d'ord	COGNOME e NOME	NASCITA		Rapporto con il/la dichiarante
		LUOGO	DATA	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.vo n. 196/2003 il sottoscritto è informato : 1) dei diritti previsti dall'art. 7 del citato decreto; 2) che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti il certificato di residenza e stato di famiglia destinato alle pubbliche amministrazioni nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

La mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 D.P.R. n. 445/2000).

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che per il proprio figlio _____ nato a _____

Il _____ non è stato richiesto e/o ottenuto alcun contributo per il

Trattamento del metodo ABA da Parte di altri Enti pubblici e che lo stesso non usufruisce di altri

trattamenti di riabilitazione a carico del S.S..R. per i disturbi dello spettro autistico, presso strutture

pubbliche e/o accreditate con il S.S.N.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che per il proprio figlio _____ nato a _____

Il _____ è residente in Puglia da oltre 1 anno.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Oggetto: Dichiarazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

per il proprio figlio _____ nato a _____

Il _____ di rinunciare al rimborso del metodo aba, per l'anno,
2019

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.