

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Via Fornaci n. 201 – 76123 Andria

Alla Direttrice Generale ASL BT

**Art . 72 co 4 L.R. n. 32/2022 - CONTRIBUTO ALLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAI
CITTADINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) CAP _____, in via _____

n. _____, tel. _____ Codice fiscale _____

indirizzo e-mail _____

- ☐ Padre
☐ Madre
☐ Amministratore di sostegno

di _____ nato/a a _____ il _____,

codice fiscale _____.

Sede/studio presso cui sono erogate le prestazioni: _____

RICHIEDE IL CONTRIBUTO PREVISTO DALLA

LEGGE REGIONALE 32/2022 E D.G.R. 1086/2023 PER L'ANNUALITA' CORRENTE

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere residente in Puglia da almeno un anno
- di non aver chiesto e/o ottenuto alcun contributo da altri enti pubblici per il trattamento sanitario del Disturbo dello Spettro Autistico
- di non usufruire di altri interventi di ri/abilitazione a carico del SSR per i Disturbi dello Spettro Autistico, né di altra misura regionale, a qualsiasi titolo, in funzione della sua condizione di disabilità.

Considerato che, in caso di incapacienza del fondo, saranno utilizzati i criteri di priorità di cui alla suindicata D.G.R. 1086/2023, dichiara che si tratta di:

- ☐ Prima istanza
☐ Di aver già ricevuto il contributo a partire dal _____
☐ Istanza di ammissione in favore di bambino/a in età prescolare

CHIEDE che il contributo venga accreditato sul conto corrente avente le seguenti coordinate:

IBAN: _____

intestato a _____

Presso Banca _____ Agenzia di _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.

Allega la seguente documentazione:

- *preventivo economico annuo dettagliato per tipologia di prestazioni/intervento in linea con il programma di trattamento individualizzato autorizzato dal C.A.T.;*
- *prescrizione rilasciata dal C.A.T. ASL BT competente per territorio;*
- *la dichiarazione del Legale Rappresentante della struttura o del singolo professionista rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 (Allegati A e B), attestanti il possesso dei requisiti previsti dalla Regione Puglia;*
- *copia del documento di identità e codice fiscale in corso di validità.*

SI RISERVA di presentare, entro e non oltre il 31 dicembre c.a.:

- a) **la totalità delle fatture** in originale o in copia per le quali si dichiara con la presente la conformità all'originale ai sensi del D.P.R. 445/2000, unitamente alle quietanze di pagamento (attestazione di pagamento della struttura/professionista e/o copia dei bonifici effettuati);
- b) **Resoconto** dettagliato delle spese sostenute e relative ore di terapia (**ALLEGATO C**).

Data e luogo

Firma del dichiarante

Il sottoscritto autorizza, infine, ai sensi del D.Lgs 196/2003 l'ASL BT al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente per i quali la richiesta viene resa.