

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DSS1

Via Dalmazia 3
72100 Brindisi

Il sottoscritto _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

Padre madre di _____ nato a _____ il _____

**RICHIEDE IL CONTRIBUTO ANNUO PREVISTO IN VIRTU' DELLA:
Legge Regionale n°45/08 e DGR 1340/15 METODO ABA**

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI STABILITE DALLA VIGENTE NORMATIVA IN CASO DI FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ', DICHIARA AI SENSI DEL DPR 28/12/2000 N.445 e s.m.i.

- di essere residente in puglia da almeno 1 anno
 di non aver richiesto e/o ottenuto alcun contributo da altri enti pubblici per il metodo ABA

Allega alla presente la seguente documentazione:

- preventivo economico dettagliato per voce di spesa e delle spese di viaggio
 prescrizione/valutazione medica del programma di trattamento rilasciata dal C.A.T competente per territorio
 programma di trattamento individualizzato
 copia del documento di identità e cod.fiscale
 fatture in originale

TOTALE SPESE DOCUMENTATE €: _____

Il rimborso della spesa complessivo di euro..... sostenuta potrà essere erogato a mezzo:

- Bonifico bancario Iban: _____
 assegno

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

Con osservanza

Data _____

(firma) _____