REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

ALL' AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA
DISTRETTO SANITARIO N. _____

OGGETTO: **RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER I CITTADINI VENETI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI CHE APPLICANO IL METODO DOMAN, VOJTA, FAY, ABA,PERFETTI (L.R. N.6/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI) – *TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDA IL 31.07.2019.***

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via _____ n° _____ tel _____

CHIEDE

di poter accedere ai contributi previsti dalla Legge in oggetto.

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

a) di aver effettuato trattamenti riabilitativi presso un Centro Specializzato per l'applicazione di uno dei seguenti metodi: ☐ Doman ☐ Vojta ☐ Fay ☐ Aba ☐ Perfetti

b) di richiedere il contributo per : - ☐ se stesso

oppure: - ☐ in qualità di rappresentante legale di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via _____ n° _____
(specificare grado di parentela) _____

c) che le spese sostenute sono rimaste effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di altri eventuali contributi (totale spese sostenute € _____)

d) che il destinatario/a dei trattamenti è residente **nella Regione Veneto dal** _____

ALLEGATI:

- Prescrizione per l'effettuazione dei trattamenti con metodica Doman, Vojta, Fay, Aba o Perfetti;
- Copia del verbale rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dello stato di handicap (L. 104/92);
- Scontrini fiscali, fatture e/o ricevute per le spese sostenute, non coperte da concorso sanitario, da cui risulti l'effettivo pagamento delle stesse.

Chiede infine che il contributo venga accreditato:

- ☐ su conto corrente (specificare codice IBAN) _____

Verona, lì _____ Firma _____

(Allegare fotocopia documento di identità)