

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, FAJ ABA, PERFETTI O FELDENKRAIS (L.R. N. 6/99 E SUCCESSIVE MODICHE ED INTEGRAZIONI)
TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDA IL 30.09.2021

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
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 Feldenkrais

b) di richiedere il contributo per : - se stesso
oppure: - in qualità di rappresentante legale di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ C.F. _____
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, Perfetti o Feldenkrais;
- 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, **riportanti la dicitura che si tratta di prestazione/acquisto in applicazione del metodo.....**

Chiede infine che il contributo venga accreditato:

- su conto corrente (specificare codice IBAN) _____

Verona, li _____

Firma _____

(Allegare fotocopia documento di identità)