

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA
Trattamenti Riabilitativi Metodo DOMAN o VOJTA o FAY L.R.26/2006 art.38/40

Il/La sottoscritto/a, nato/a a

il, residente in..... CAP

Via/P.zzaCF:

Telefono/ CELL.email.....

In qualità di

Diretto interessato

Esercente la patria potestà per conto del minore

nato/a a il residente a.....

Codice fiscale

Con diagnosi :

Con riconoscimento dall'INPS di handicap in situazioni di gravità (L.104/92 art.3, comma3)

CHIEDE

Autorizzazione preventiva ai fini dell'assegnazione del contributo regionale in oggetto per la visita specialistica secondo il Metodo -DOMAN o VOJTA o FAY.....

Da effettuarsi nei gg.....

Presso.....

Sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000:

DICHIARA

la residenza nella regione Puglia

Che per il trattamento "Metodo Fay" non è stato richiesto alcun contributo presso altri Enti.

Alla presente domanda si allegano:

- Documentazione attestante il diritto al contributo;
- Prescrizione specialistica attestante la patologia e l'indispensabilità di entrambi i genitori;
- Costo del trattamento pari a €.
- Previsione di spesa dettagliata per il viaggio, vitto e alloggio per la durata del trattamento .

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____