

REGIONE DEL VENETO


ULSS7
 PEDEMONTANA

 Distretto 1 Bassano - Segreteria
 CSS Mons. E. Negrin – Palazzina B
 Via Cereria 14/B
 36061 Bassano del Grappa
 0424/885140 – 0424/604423
prestazionidistretto@aulss7.veneto.it
ISTANZA DI CONTRIBUTO PER PROTESI DENTARIE - DGR n. 1299/17 e DDR n. 138/17

 Io sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____
 nato/a il _____ residente a _____
 in via _____ codice fiscale _____
 Telefono _____

CHIEDE
il contributo per il confezionamento delle protesi dentarie ai sensi della DGRV n. 1299/2017 e del DDR n. 138/2017 quantificato in € 200,00 per ciascuna arcata superiore/inferiore.

 A tale fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, **dichiara**:

- di essere residente in Veneto, e più specificatamente nell'area territoriale di competenza di questa ULSS, di avere un'età superiore a 64 anni e di appartenere ad un nucleo familiare avente reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;
- di non aver ricevuto alcun altro contributo per confezionamento di protesi dentarie per la medesima arcata nei 4 anni precedenti la data di presentazione della presente domanda.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia della fattura di pagamento rilasciata dall'odontoiatra o dalla struttura con sede legale in Veneto (con data successiva al 01/01/2018) riferita a protesi realizzata/e in Veneto, con allegata dichiarazione di conformità del manufatto protesico;
2. dichiarazione datata e firmata in cui il professionista attesta che la fattura si riferisce a prestazioni rese dopo il 1° gennaio 2018, per quale arcata è stata confezionata la protesi, e che alla data delle prestazioni il paziente aveva già compiuto 64 anni;
3. copia di un documento d'identità in corso di validità.

Chiede, inoltre, che il contributo sia versato con bonifico sul seguente conto corrente intestato a _____, codice fiscale _____ relazione di parentela _____, avente codice IBAN:

Codice Paese	Codice di Controllo	Cin	ABI	CAB	CODICE DI CONTO CORRENTE DI 12 CIFRE

Data _____

Firma _____

Dichiarazione del consenso al trattamento dati art. 13 del Reg. UE 2016/679

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 de Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

Il presente modulo va inviato a prestazionidistretto@aulss7.veneto.it o consegnato presso la Sede distrettuale di riferimento