

Medico, Professionista, Professionisti associati, Centro terapeutico specializzato	Periodo di trattamento	Numero prestazioni/sedute	Spesa sostenuta
Totale spese sostenute			

Viaggio (solo per 2 persone: disabile e persona accompagnatrice)	N. fatture/ricevute:	Spesa sostenuta:
Viaggio: Tabella percorrenze (<i>allegare</i>)		Totale km percorsi:
Viaggio: Pedaggio autostrada	N. fatture/ricevute:	Spesa sostenuta:
Vitto e alloggio (solo per 2 persone: disabile e persona accompagnatrice)	N. fatture/ricevute:	Spesa sostenuta:
Altro (<i>specificare</i>)		Spesa sostenuta:

Consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

- che la persona che ha usufruito degli interventi:
 - è residente nella Regione Veneto da almeno sei mesi e precisamente dal _____;
 - è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92 (o in attesa di rilascio di certificazione);
- che le spese sostenute e sopra dichiarate sono state effettivamente a carico dell'interessato e al netto di eventuali altri contributi;
- che in base all'art. 19 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 le copie allegate alla presente sono conformi agli originali in mio possesso;
- di aver informato l'altro genitore rispetto alla presentazione di questa domanda.

Il/La sottoscritto/a, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

- al beneficiario (persona per la quale è presentata la domanda)
 al legale rappresentante (come sopra specificato)

ed identificato dal seguente codice IBAN:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 6, lett. a) del Regolamento Europeo 2016/679)

Il/la _____ sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

residente in Via _____ nr. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ email _____

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____

nr. documento _____ Data di scadenza _____

◊ per proprio conto

◊ per conto dell'assistito di seguito indicato

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune _____ Provincia (_____)

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____

nr. documento _____ Data di scadenza _____

◊ esercitando la potestà genitoriale

◊ esercitando la tutela, in qualità di * _____,

(indicare gli estremi del provvedimento solo per le categorie "tutore e curatore") in forza del

provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____

R.G. numero _____ del ____/____/____

Vista l'informativa di cui agli artt. 13 del GDPR n. 2016/679

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e/o particolari nei limiti strettamente necessari al raggiungimento delle finalità previste dall'informativa stessa.

Luogo e data _____

Firma _____

(*) tutore / curatore / amministratore di sostegno