



Gent.mo  
Direttore Generale ASL \_\_\_\_  
presso Distretto Socio-sanitario n. \_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta contributi per terapia ABA ai sensi della legge regionale 9 agosto 2006, n.26 (artt.38-41). Deliberazione di Giunta Regionale 5 giugno 2015, n.1340.

I sottoscritti \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residenti alla via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_, genitori di \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, anch'egli residente alla via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_, affetto da disturbo dello spettro autistico,

CHIEDONO

di poter essere autorizzati a ricevere i contributi di cui alla legge regionale 9 agosto 2006, n.26 (artt.38-41), e alla deliberazione di Giunta Regionale 5 giugno 2015, n.1340, poiché hanno inteso avvalersi per il proprio figlio \_\_\_\_\_ del metodo ABA.

Allo scopo stimano che sosterranno per l'anno 201\_\_ una spesa di circa € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_), che saranno destinati al consulente ABA/VB \_\_\_\_\_, e alle terapisti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Allegano:

- preventivo economico annuo dettagliato per voce di spesa;
- prescrizione metodo ABA del NPI \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
- programma di trattamento individualizzato del consulente ABA/VB \_\_\_\_\_ rilasciato nel mese di \_\_\_\_\_ e valido fino al mese di \_\_\_\_\_;
- dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà attestanti la composizione del nucleo familiare, l'assenza di altre richieste di rimborso e di altri trattamenti riabilitativi, la residenza in Puglia da almeno 1 anno;
- fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale del minore e del genitore;
- indicazione delle coordinate bancarie.

A disposizione per ogni altra informazione, porgono cordiali saluti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_

**Preventivo economico annuo dettagliato per voce di spesa**

<b>N.</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Importo in €</b>
1		
2		
3		
4		
5		
	<b>Totale stimato</b>	

\_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(DPR 445/2000)

I sottoscritti \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_, a  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residenti alla via \_\_\_\_\_,  
n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_, genitori di \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, anch'egli  
residente alla via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_,  
affetto da disturbo dello spettro autistico,

DICHIARANO

ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni mendaci:

- che intendono avvalersi del trattamento riabilitativo basato sulla metodologia ABA;
- che il nucleo familiare è composto da:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale

- che sia i sottoscritti, sia il loro figlio \_\_\_\_\_, sono residenti nella Regione Puglia da più di un anno;
- che non sono stati chiesti e/o ottenuti altri contributi pubblici per lo svolgimento del trattamento riabilitativo di che trattasi;
- che non si usufruisce di altri interventi di ri/abilitazione a carico del Servizio Sanitario Regionale per i disturbi dello spettro autistico.

\_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

I sottoscritti \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_, a  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residenti alla via \_\_\_\_\_,  
n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_, genitori di \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, anch'egli  
residente alla via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_, in (cap) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_,  
affetto da disturbo dello spettro autistico,

### COMUNICANO

che l'eventuale contributo previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale 5 giugno 2015, n.1340, può essere accreditato su:

conto avente IBAN: \_\_\_\_\_

presso Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_