

AL DIRETTORE GENERALE ASL BT

VIA FORNACI, 201

ANDRIA

AL CUT ASL BT

ANDRIA

**DOMANDA DI RICHIESTA PREVENTIVA CONTRIBUTO  
DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 22/10/2009 N. 2035**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In qualità di genitore esercente la patria potestà sul proprio figlio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ affetto da autismo e/o disturbo dello spettro  
autistico

**CHIEDE**

la preventiva autorizzazione ai fini dell'assegnazione del contributo previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 2035 del 27/10/2009 e legge regionale n. 45/2008 art. 9 per l'applicazione degli interventi riabilitativi basati sul metodo ABA.

Allega:

- Preventivo di spesa intervento riabilitativo metodo ABA
- prescrizione rilasciata dal servizio Sanitario ASL e/o da un Servizio di Neuropsichiatria infantile ASL o da Unità di NPI di ospedale pubblico, IRCCS o Ente Ecclesiastico (in originale)
- programmazione individualizzata
- autocertificazione attestante il nucleo familiare
- dichiarazione, resa sotto forma di atto notorio, con la quale il richiedente attesta che per il trattamento in questione non è stato richiesto e/o ottenuto alcun contributo da parte di enti pubblici.
- Certificato di residenza storico (in Puglia da almeno 1 anno)
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del genitore
- documento di riconoscimento del minore
- modalità di erogazione contributo ( coordinate bancarie e/o altro)

Data \_\_\_\_\_

firma  
\_\_\_\_\_