



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 27 novembre 2012, n.2506. Rendicontazione delle spese sostenute fino al 31 dicembre 2014.

Riferimenti: nota ASL ____ del _____, n. _____.

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) _____,
portatore di handicap psico-fisico grave poiché affetto da disturbo dello spettro autistico, poiché hanno inteso
avvalersi per il proprio figlio _____ del metodo ABA, ed essendo stati a ciò autorizzati con la nota a
riferimento, con la presente sono a rendicontare quanto sostenuto:

N.	Consulente	Estremi fattura	Oggetto della prestazione	Importo in €
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Totale				

Allegano:

a) n.____ fatture in copia per le quali si dichiara con la presente la conformità all'originale ai sensi del DPR 445/2000.

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

- che sia i sottoscritti, sia il loro figlio _____, sono residenti nella Regione Puglia da più di un anno;
- che non sono stati chiesti altri contributi pubblici per lo svolgimento del trattamento riabilitativo di che trattasi.

Il contributo potrà essere accreditato sul conto avente le seguenti coordinate:

IBAN: _____

presso Banca _____ Agenzia di _____.

A disposizione per ogni altra informazione, porgono cordiali saluti.

Firme: _____