



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ACQUISTO DI AUSILI ORTESI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA

Alla ASL _____
PEC _____

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (_____) via _____

Riferimenti per il contatto:

- telefono fisso e/o cellulare (**obbligatorio**) _____
- recapito digitale (PEC) _____
- mail (**obbligatoria**) _____

consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (*)

presenta domanda di partecipazione al bando per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di dispositivi medici per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente dispositivo medico _____ a beneficio di:

- sé stesso
- persona verso la quale esercita la tutela legale o l'amministrazione di sostegno o della quale ha la responsabilità genitoriale (solo in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____ (_____)

in _____

A tal fine, allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:

- a) certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con SSN;
- b) modello ISEE in corso di validità;

e dichiara che il beneficiario:

- a) risulta in una o più delle seguenti condizioni cliniche:
 - amputato di arto superiore: monolaterale, bilaterale;
 - amputato di arto inferiore: monolaterale, bilaterale;
 - paraparesi/paraplegia;
 - tetraparesi/tetraplegia;

- b) è in possesso di verbale di invalidità (se maggiorenne);
- c) è in attesa del riconoscimento di invalidità (se maggiorenne);
- d) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:

-
- e) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
 - f) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

Dichiara, inoltre, di conoscere e accettare le condizioni relative:

- ai criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso;
- alla disponibilità a sottoporsi a successiva visita medica, da parte di specialista competente per patologia, dipendente o convenzionato con il SSN ex Art. 1, c. 3 D.M. 22/08/2022, per la prescrizione del dispositivo;
- al termine di conclusione delle procedure di erogazione del contributo successive alla prescrizione, che potranno concludersi entro sei mesi dalla pubblicazione sul BUR dell'avviso;
- alle seguenti fasi, successive alla prescrizione, che includono:
 - 1) il contatto con fornitore autorizzato;
 - 2) le eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
 - 3) la visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
 - 4) l'integrazione della documentazione a corredo della domanda, da consegnare all'ASL di residenza, con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto dell'avviso;
- alla partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.

Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo, dichiara, infine:

- di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini prescritti, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;
- che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a _____
IBAN _____
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 101/2018), pubblicata sul sito ASL AL Sezione Privacy al seguente link: <https://www.aslal.it/privacy> Sottosezione/Informativa/Informativa a modulistica consenso al trattamento dei dati personali in ambito sanitario per gli assistiti dell'ASLAL.

() Articolo 76, commi 1, 2 e 3 del d.P.R. n. 445/2000: "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. ((La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.)) 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale."*

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione sono conformi all'originale in suo possesso. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data _____ Firma _____