

Spett.le ASL della Provincia Milano 2  
Dipartimento ASSI  
Servizio Famiglia e Persone Fragili  
U.O. FRAGILITA'  
Via Turati,4 - 20063 CERNUSCO s/N.

**Oggetto: domanda per il contributo alle famiglie di persone con disabilità o al singolo soggetto disabile per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati – L.R. 23/99 art. 4 – commi 4 e 5 – ANNO 2009 (Decreto Regionale n° 12101 del 17/11/2009)**

### **Dati identificativi della persona disabile**

Cognome		
Nome		
Data e luogo di nascita		
Codice Fiscale		
Comune di residenza		
Indirizzo		
Professione		
Telefono	Cellulare	Fax
Indirizzo di posta elettronica (mail @)		

### **Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso dal beneficiario)**

Cognome		
Nome		
Data e luogo di nascita		
Indirizzo		
Comune di residenza		
Grado di parentela con la persona disabile		
Telefono	Cellulare	Fax
Indirizzo di posta elettronica (mail @)		

### **Tipologia dello strumento per il quale viene richiesto il contributo**

***(Specificare in modo dettagliato lo strumento richiesto [ad es. pc portatile, pc da tavolo ecc.]. E' possibile presentare la richiesta per un solo strumento)***


## Autocertificazione/Dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

autocertifica di **non aver effettuato altra richiesta di finanziamento** pubblico o richiesta di messa a disposizione gratuita di ausilio e/o ausili oggetto della presente istanza.

autocertifica di non aver ricevuto altri finanziamenti ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, della L.R. 23/99 **negli ultimi tre anni** (*ad eccezione delle domande per dispositivi/sistemi domotici*)

dichiara di **accettare la quota di compartecipazione** al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto

dichiara di avere già in dotazione, per sé o per il proprio familiare, i seguenti altri ausili:

---

---

---

consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporti la decadenza dei benefici ottenuti in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

Il dichiarante è consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del DPR 445/2000)

Data .....

Firma .....

## FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003 "*Codice in materia di dati personali*" acconsente al trattamento dei propri dati personali al fine della valutazione della presente richiesta

Data .....Firma .....

**Si allegano i seguenti documenti:**

*copia del **certificato di invalidità** o della **certificazione di alunno disabile** o **certificazione dello specialista** per patologie che causano disabilità e non necessariamente da accertare attraverso il verbale di invalidità o la certificazione di alunno disabile*

*copia, se in possesso, del **verbale di accertamento dell'handicap** ai sensi della Legge 104/92*

*fotocopia della **carta di identità** del firmatario del modulo (richiedente)*

***prescrizione del medico specialista** (pubblico o privato) che motivi la necessità e la conformità dello strumento/ausilio richiesto con il progetto sociale ed educativo individualizzato*

***progetto sociale ed educativo individualizzato** contenente i dati clinico anamnestici della persona disabile, finalità e obiettivi da perseguire con la dotazione dello strumento richiesto*

*per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario il “**Modello 03 di erogazione forniture protesiche**” e il “**Programma Terapeutico**”*

*copia **preventivo** o **fattura d'acquisto/ricevuta fiscale** o, in caso di acquisto tramite rateizzazione, **copia del contratto di finanziamento** rilasciata dalle aziende liberamente scelte, comprensivi delle specifiche tecniche e dei relativi costi degli strumenti. (la fattura/ricevuta fiscale o il contratto di finanziamento non devono essere antecedenti 12 mesi dalla data di presentazione della domanda)*

*eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice del **Responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo***

**Firma del richiedente**

.....

Data.....