



REGIONE BASILICATA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Modello B

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 85100 POTENZA

protocollo@pec.aspbasilicata.it

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO A VOUCHER FINALIZZATI A PERCORSI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA DEDICATI A PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO E LORO FAMIGLIE/CAREGIVER.

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per le disabilità (Decreto Interministeriale del 29.7.2022 – GU n. 237 del 10.10.2022). Utilizzazione del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità: interventi in attuazione della DGR n. 951 del 30.12.2022.

Il/La sottoscritto/a _____ (nel caso di minori o persona con tutela

legale, indicare dati del genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno), nato/a _____

il _____ residente in _____ alla via/piazza _____

_____ C.F. _____ Num.Tel. _____

E-mail _____;

DIAGNOSI (specificare il livello di gravità/ bisogno di sostegno): _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità derivanti dalle proprie dichiarazioni,

CHIEDE

Di poter beneficiare di voucher finalizzati a percorsi di assistenza sociosanitaria dedicati a persone con disturbo dello spettro dell'autismo e loro famiglie/caregiver:

- Per la propria persona
- Per il/la proprio figlio/a o PcASD di cui è rappresentante legale (tutore, curatore,

amministratore di sostegno), indicando i seguenti dati:
COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

CODICE FISCALE

DIAGNOSI (specificare il livello di gravità/bisogno di sostegno)

A tal fine dichiara:

(barrare le voci che interessano)

- Di essere cittadino/a italiano/a;
- Di essere cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
- Di essere cittadino/a di un Paese non appartenente all'Unione ma in possesso di regolare permesso/carta di soggiorno;
- Di aver preso visione integrale di quanto riportato nel presente Avviso;
- Che tutta la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- Di autorizzare l'Azienda Sanitaria di Potenza a trattare i propri dati personali ai fini della presente procedura e secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016;

A sostegno di quanto dichiarato, si allega, obbligatoriamente, la seguente documentazione:

- Certificazione relativa alla diagnosi del disturbo dello spettro autistico con indicazione del livello di gravità/stato di bisogno di sostegno;
- Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del sottoscrittore dell'istanza (DPR n.445/2000) e del beneficiario delle prestazioni sociosanitarie;
- Modello ISEE in corso di validità;

Luogo e data

Firma (*leggibile*)