

ALL' AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA  
DISTRETTO SANITARIO N. \_\_\_\_\_

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER I CITTADINI VENETI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI CHE APPLICANO IL METODO DOMAN, VOJTA, FAY, ABA, PERFETTI O FELDENKRAIS (L.R. N. 6/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI). ANNO 2026.

**TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDA: 30.06.2026**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter accedere ai contributi previsti dalla Legge in oggetto.

**DICHIARA**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

1) di aver effettuato trattamenti riabilitativi presso un Centro Specializzato per l'applicazione di uno dei seguenti metodi:  Doman  Vojta  Fay  Aba  Perfetti  Feldenkrais

2) di richiedere il contributo per : -  se stesso  
oppure: -  in qualità di rappresentante legale di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

3) che la persona che ha usufruito degli interventi è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92, ovvero in attesa di rilascio di certificazione (è sufficiente aver presentato domanda)

4) che le spese sostenute sono rimaste effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di altri eventuali contributi (totale spese sostenute € \_\_\_\_\_ )

5) che il destinatario/a dei trattamenti è residente **nella Regione Veneto dal** \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- Modulo compilato e sottoscritto relativo al consenso per il trattamento dei dati personali;
- Prescrizione per l'effettuazione dei trattamenti con metodica Doman, Vojta, Fay, Aba, Perfetti o Feldenkrais;
- Copia del verbale rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dello stato di handicap L. 104/92 (o copia della domanda presentata);
- Allegato 1 (spese per vitto e alloggio)
- Allegato 2 (spese per viaggio)
- Allegato 3 (spese sanitarie)
- Allegato 4 (spese per materiale)
- Copia di scontrini fiscali, fatture e/o ricevute per le spese sostenute, non coperte da concorso sanitario, da cui risulti l'effettivo pagamento delle stesse, **riportanti la dicitura che si tratta di prestazione/acquisto in applicazione del metodo.....**
- Copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Codice IBAN del richiedente

Chiede che l'erogazione del contributo avvenga a mezzo c/c bancario/postale intestato a:

\_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

(non accettabile il LIBRETTO POSTALE)

Verona, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_