

RICHIESTA DI CONTRIBUTO AI SENSI DELLA L.R. N. 6 DEL 22/02/99
"CONTRIBUTO AI CITTADINI VENETI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI CHE APPLICANO IL
METODO DOMAN – VOJTA - FAY - ABA"

U.L.S.S. N. 5
U.O.S.D. Assistenza Specialistica Protesica **Integrativa**
Via Kennedy 2
36071 ARZIGNANO (VI)

Il/la sottoscritto/a _____ rappresentante
legale dell'assistito/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ telefono n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

CHIEDE

di poter fruire, per l'anno _____, del contributo previsto dalla L. R. n. 6 del 22 febbraio 1999, alle spese non coperte da concorso sanitario, sostenute per il trattamento riabilitativo con il Metodo:

DOMAN VOJTA FAY ABA

presso il Centro _____
con sede a _____
Via _____ telefono n. _____

Allega la seguente documentazione:

- 1) certificazione attestante la condizione di disabilità di tipo psicofisico ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92;
- 2) certificazione attestante la residenza nella Regione Veneto dalla nascita o da almeno sei mesi alla data di presentazione della richiesta;
- 3) prescrizione medica per l'applicazione del "Metodo" succitato, rilasciata dal Dott. _____ in data _____;
- 4) documentazione originale delle spese sostenute, attestante che trattasi di prestazione in applicazione di Metodo Doman/Vojta/Fay/ABA e con l'indicazione della durata del trattamento e del numero di prestazioni/sedute erogate;

Data _____ Firma _____