



Modulo B

All'Azienda Sanitaria Locale
U.O.S. GACEP
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA
Tel. 085 425 3971

Prot. _____

Oggetto: Richiesta contributo alle spese derivanti dall'acquisto o noleggio degli ausili e/o al pagamento di canoni fissi per l'accesso alla rete informatica previsti dall'art. 20 comma 5, lettera b) della L.R. 25 agosto 2006 n. 29.

N.B.: ATTENZIONE: sono esclusi dai contributi gli utenti ultra sessantenni e i minori di anni otto.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
CAP _____ Codice Fiscale _____
n. Tessera Sanitaria _____ n. telefono _____
email _____

CHIEDE

l'erogazione del contributo:

- alle spese derivanti dall'acquisto o noleggio degli ausili informatici ad alto contenuto innovativo, ivi compresi sistemi applicativi specifici;
- al pagamento di canone fisso per l'accesso alla rete informatica

e allega la documentazione prevista dall'art. 4 del bando approvato con la deliberazione di G.R. n. 1252 del 6.11.2006;

- Certificato e prescrizione rilasciato dal medico specialista della ASL (punto 1 e punto 2 dell'art. 4 del bando);
- Copia del certificato di Handicap L. n. 104/92 (punto 4 dell'art. 4 del bando);
- Copia della fattura contenente l'elenco e le caratteristiche dei dispositivi acquistati ed il relativo costo (punto 6 dell'art. 4 del bando);
- Copia della fattura contenente il costo del canone fisso per l'accesso alla rete informatica;
- Modello ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) dell'anno precedente l'acquisto dell'ausilio (punto 7 dell'art. 4 del bando);

- Copia fotostatica di un documento di identità.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

(dichiarazione sostitutiva di certificazione art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

di essere residente a _____ in via _____ n. _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

- di non aver fatto richiesta di altro finanziamento dell'ausilio oggetto della presente domanda né di disporre dello stesso in forma gratuita;
- che le spettanze dovute vengano versate con:

Bonifico Bancario Contanti Assegno

Banca/Ufficio Postale _____ Agenzia _____

Codice IBAN: _____

Intestato a: _____ nato/a il _____
(cognome, nome)

Delega alla riscossione delle spettanze dovute

Il/la Sig.ra _____

Rapporto di parentela _____

Nato a _____

Residente a _____ tel. _____

Pescara, _____

FIRMA

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del richiedente

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati e D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di Protezione dei Dati Personali come integrato dalle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 101/2018.

U.O.S. GACEP

c/o Palazzina H ASL Pescara

tel. 085 425 3971 email: tutelasociale.pescara@asl.pe.it / PEC: protocollo.aslpe@pec.it