

D A I E Associazione di promozione sociale
Viale Bruno Rizzieri 40, 00173 - Roma (RM)
infodaierm@gmail.com
351 2053002

ALLEGATO A

DOMANDA D'ACCESSO
AI SERVIZI SANITARI
OFFERTI DALL'ASSOCIAZIONE DAIEnergia

CON IL CONTRIBUTO DELLA

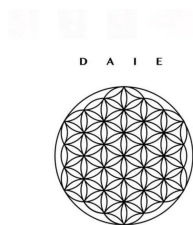


l sottoscritt_ (COGNOME e NOME del richiedente) e, in caso di minore, genitore/esercente la responsabilità genitoriale/tutore affidatario per il minore (COGNOME e NOME);

CHIEDE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO TERAPEUTICO
PER L'ANNO 2023

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, di essere:

- nato/a
prov. il/...../.....;
- CODICE FISCALE: ;
- cittadinanza ;
- residente a prov.
in Via/Piazza n. ;



telefono : cell. padre
cell. madre cell. tutore/affidatario ;
e-mail: ;

- e/o domiciliato a
prov. in Via/Piazza
n.;
- in possesso di DIAGNOSI CERTIFICATA DA ASL, NEUROPSICHIATRA INFANTILE O ALTRO MEDICO SPECIALISTA PER IL SEGUENTE DISTURBO/PATOLOGIA:
 - DIAGNOSI: ;
 - INDICAZIONE TRATTAMENTO (apporre una o più X): ____Logopedia;
____Neuropsicomotricità; ____terapia cognitivo-comportamentale;
 - FREQUENZA (indicare la frequenza settimanale oraria con numero 1/2/3 ecc.. per i vari servizi) ____Logopedia; ____Neuropsicomotricità; ____terapia cognitivo-comportamentale;

DICHIARA, INOLTRE

☐ che il soggetto sottoscrittore o il minore non effettua trattamento riabilitativo né presso strutture pubbliche né presso centri privati convenzionati con SSN;

☐ Il minore per il quale si fa richiesta ha altri fratelli/sorelle con diagnosi

Indicare cognome e nome del fratello/sorella e la relativa Diagnosi:

1. _____
2. _____

La famiglia (o genitore unico in caso di famiglia monogenitoriale) ha un I.S.E.E. relativo all'anno fiscale 2022 pari a _____ (indicare l'importo in Euro);

Data

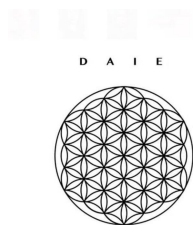
FIRME di autocertificazione

(maggiorante)

* padre (minore)

* madre (minore)

* Il sottoscritto, **presa visione dell'informativa** resa dall'Associazione DAI Energia nel Bando Pubblico, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al



D A I E Associazione di promozione sociale
Viale Bruno Rizzieri 40, 00173 - Roma (RM)
infodaierm@gmail.com
351 2053002

trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che l'Associazione DAIEnergia utilizzerà i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini contenuti nel Bando di cui ha preso visione.

Data

FIRME per presa visione

(maggiorenne)

* padre (minore)

* madre (minore)

ATTENZIONE!: Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di accesso al servizio pro bono presso la nostra struttura, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

DOCUMENTI DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO (pena l'esclusione)

- copia documento d'identità in corso di validità di entrambi i genitori;
- copia documento d'identità in corso di validità del minore per cui si fa richiesta;
- copia dell'I.S.E.E. relativo all'anno fiscale 2022;
- copia certificazione diagnosi con indicazioni di trattamento;
- nel caso di più figli con diagnosi, allegare diagnosi del fratello/sorella del minore per cui si fa richiesta (utile ai fini del punteggio).
- Modulo di presentazione domanda (Allegato A)

N.B. Le domande pervenute oltre la data di scadenza del bando, incomplete, non firmate o mancanti degli allegati richiesti, non potranno essere prese in carico.

Nota sulla privacy: i dati rilasciati sono utilizzati nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d.lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo