





**9. ELENCO DOCUMENTI CHE OBBLIGATORIAMENTE DEVONO ESSERE ALLEGATI ALLA DOMANDA** (la mancanza di uno dei documenti sotto elencati comporta la **non ammissibilità** della domanda):

<b>autocertificazione del cittadino</b> che attesti : di non aver fatto richiesta di altro finanziamento pubblico o di non disporre in forma gratuita dell'ausilio richiesto e/o di non aver ricevuto altri finanziamenti ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, della L. 23/99 nel precedente triennio (Allegato A - MODULO n. 1); di accettare la quota di compartecipazione al costo.
<b>prescrizione del medico specialista</b> (pubblico o privato) che motivi in modo analitico la necessità dello strumento/ausilio richiesto e la <b>conformità di quest'ultimo con il progetto sociale ed educativo individualizzato</b>
<b>progetto sociale ed educativo individualizzato</b> , a cura dell'Equipe Operativa Handicap distrettuale o del medico specialista in accordo con gli specialisti dell'ASL
<b>copia certificato di invalidità</b> (ed eventuale certificato situazione di handicap grave ai sensi del comma 3, art. 3 della L. 104/92), o del <b>verbale di accertamento di alunno disabile</b> , o <b>certificazione dello specialista</b> per patologie che causano disabilità ma che non necessitano di accertamenti attraverso le forme di cui sopra (es. dislessia)
<b>copia preventivo o fattura/ricevuta fiscale</b> fornito dall'Azienda liberamente scelta, indicante l'elenco degli strumenti con il dettaglio tecnico ed il relativo costo
eventuale <b>dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice</b> , responsabile dell'installazione di avvenuta personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo
<b>copia modulo Modulo riconducibilità</b> - Modello O3 - rilasciato dal Medico Prescrittore iscritto all'albo dei prescrittori dell'ASL di Brescia, qualora lo strumento/ausilio richiesto sia riconducibile al Nomenclatore tariffario delle Protesi

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
-------------	--------------

**N.B.:** La presente domanda di contributo (MODULO n° 1), va presentata al proprio Distretto di residenza datata e firmata dopo aver acquisito tutti i documenti sopra elencati.

## **AUTOCERTIFICAZIONE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

--

### **DICHIARA**

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- **DI NON AVER INOLTRATO ALTRA RICHIESTA DI FINANZIAMENTO PUBBLICO** O DI MESSA A DISPOSIZIONE GRATUITA DELL'AUSILIO OGGETTO DELLA PRESENTE ISTANZA;
- DI NON AVERE OTTENUTO FINANZIAMENTI AI SENSI DELL'ART. 4, COMMI 4 E 5 DELLA L.R. 23/99 **NEGLI ULTIMI TRE ANNI** (fanno eccezione le domande per dispositivi/sistemi domotici);
- DI ACCETTARE LA QUOTA DI **COMPARTECIPAZIONE AL COSTO PARI AL 30%** DELLA QUOTA AMMISSIBILE (ESSENDO A CONOSCENZA CHE IL CONTRIBUTO E' PARI AL 70% DELLA SPESA AMMISSIBILE).

### **AUTORIZZA**

l'A.S.L. di Brescia a detenere ed elaborare i dati personali contenuti nella presente istanza, al fine della valutazione della stessa, secondo le modalità e i criteri del D. Lgs. n.196/2003 Codice per la protezione dei dati personali e sensibili.

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
-------------	--------------