

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER  
L'ACQUISTO DI AUSILI ORTESI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SPORTIVE AMATORIALI  
DESTINATE A PERSONE CON DISABILITA' FISICA**

Alla ASL CN1

PEC [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Riferimenti per il contatto:

-telefono fisso e/o cellulare **(obbligatorio)** \_\_\_\_\_

-recapito digitale PEC \_\_\_\_\_

-mail **(obbligatoria)** \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (\*)**

presenta domanda di partecipazione al bando per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di dispositivi medici per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente dispositivo medico \_\_\_\_\_  
a beneficio di:

	sé stesso
	persona verso la quale esercita la tutela legale o l'amministrazione di sostegno o della quale ha la responsabilità genitoriale (sono in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**A tal fine, allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:**

- a) Certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con SSN;
- b) Modello ISEE in corso di validità;

**e dichiara che il beneficiario:**

- a) Risulta in una o più delle seguenti condizioni cliniche:

- |                          |                             |                          |               |                          |             |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | amputato di arto superiore: | <input type="checkbox"/> | monolaterale; | <input type="checkbox"/> | bilaterale; |
| <input type="checkbox"/> | amputato di arto inferiore: | <input type="checkbox"/> | monolaterale; | <input type="checkbox"/> | bilaterale; |
| <input type="checkbox"/> | paraparesi / paraplegia;    |                          |               |                          |             |
| <input type="checkbox"/> | tetraparesi / tetraplegia;  |                          |               |                          |             |

- b)  è in possesso di verbale di invalidità (se maggiorenne)
- c)  è in attesa del riconoscimento di invalidità (se maggiorenne)
- d) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:

- 
- e) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
  - f) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

**Dichiara, inoltre, di conoscere e accettare le condizioni relative:**

- ai criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso;
- alla disponibilità a sottoporsi a successiva visita medica, convocata dalla ASL, per la prescrizione del dispositivo presso lo specialista che sarà indicato;
- al termine di conclusione delle procedure di erogazione del contributo successive alla prescrizione, che potranno concludersi entro 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
- alle seguenti fasi, successive alla prescrizione, che includono:
  - 1) il contratto con fornitore autorizzato;
  - 2) le eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
  - 3) la visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
  - 4) l'integrazione della documentazione a corredo della domanda, da consegnare all'ASL CN1, con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto dell'avviso;
- alla partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.

**Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo, dichiara, infine:**

- di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini prescritti, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;
- che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a

- \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. n.196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n.101/2018).

**(\*) Articolo 76, comma 1, 2 e 3 del D.P.R. n.445/2000:** "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà) 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale".

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione sono conformi all'originale in suo possesso.

A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_