

## ALLEGATO A.1

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

Alla ASL VC - SS Assistenza Integrativa e Protesica

PEC [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

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:

☐ sè stesso

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

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

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

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_

**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:

☐ amputato di arto superiore: ☐ monolaterale, ☐ bilaterale;

☐ amputato di arto inferiore: ☐ monolaterale, ☐ bilaterale;

☐ paraparesi/paraplegia;

☐ 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, nè 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 il 29/07/2026;

- alle seguenti fasi, successive alla prescrizione, che includono:

1) il contatto 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 di residenza, 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, commi 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 \_\_\_\_\_