

## Alla AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Dipartimento Gestione amministrativa Zone Distretto, Presidi Ospedalieri,  
Dipartimenti Sanitari

pec: [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

*Copia da inviare anche alla casella mail ordinaria*

**Mail: [dip.amministrativozonepresidi@uslsudest.toscana.it](mailto:dip.amministrativozonepresidi@uslsudest.toscana.it)**

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

Il/la sottoscritto/a NOME ..... COGNOME .....  
nato/a a ..... il .....  
codice fiscale .....  
residente a ..... in ..... CAP .....

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 (solo in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

NOME ..... COGNOME .....  
nato/a a ..... il .....  
codice fiscale .....

residente a ..... in..... CAP .....

A tal fine,

- allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:
  - a) certificato di idoneità medico sportiva rilasciato dalle strutture pubbliche aziendali della medicina sportiva con riferimento sia alla certificazione sportiva per attività agonistica, sia alla certificazione sportiva per attività non agonistica. (Allegato B all'avviso);
  - b) modello ISEE 2023;
- 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 civile (solo se maggiorenne);  
 è in attesa del riconoscimento di invalidità civile (solo se maggiorenne);
  - c) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:  
.....;
  - d) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
  - e) 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 accettare le condizioni per l'erogazione del contributo relative:

- ai criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso;
- alla disponibilità a sottoporsi a successiva visita medica, convocata dalla Azienda USL, 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 31/12/2024 e 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 alla propria 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 di cui al bando, 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.....

e fornisce il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Codice in materia di protezione 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 **(1)** ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data ..... Firma **(2)**.....

**Nota 1:** il documento di identità non è richiesto in caso di sottoscrizione digitale qualificata (pdf pades o p7m cades).

**Nota 2:** la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata

### **Trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, dichiara di avere acquisito, letto e compreso le informazioni fornitemi ai sensi dell'artt. 13 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali, inclusi i diritti esercitabili, riportate al **punto D5** dell'Avviso.

Data ..... Firma .....