



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **DETERMINAZIONE**

N. 121 del 30/01/2026

**Oggetto: INDIZIONE DI "AVVISO PUBBLICO 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 (D.M. 22 AGOSTO 2022)"**

STRUTTURA: DISTRETTO VCO

RESPONSABILE STRUTTURA: BORGOTTI PAOLO



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DETERMINAZIONE**

Struttura: DISTRETTO VCO

L'estensore dell'atto: Corsini Leonora

Il Responsabile del procedimento: Gaviraghi Lorenzo

Il Responsabile Servizio Economico Finanziario: Succi Manuela

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO**

**PREMESSO** che, con D.G.R. n. 20-1913 del 1° dicembre 2025, la Regione Piemonte ha disposto il recepimento del decreto del Ministero della Salute 22 agosto 2022, avente ad oggetto l'avvio della sperimentazione per l'erogazione di ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori e superiori a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali da parte di persone con disabilità fisica, dando mandato, altresì, alle Aziende Sanitarie Locali di approvare, apposito avviso pubblico per il riconoscimento dei contributi economici, di cui al Decreto Ministeriale citato, come da sottostanti allegati alla DGR 20-1913 del 1 dicembre 2025, parti integranti del presente provvedimento:

- All\_1-Allegato\_A\_schema avviso\_pubblico;
- All\_2-Allegato\_A.1\_-\_domanda\_di\_partecipazione;
- All\_3-Allegato\_A.2\_-certificazione\_medico-sportiva;

**EVIDENZIATO** che il decreto del Ministero della Salute 22 agosto 2022, agli artt. 1 e 3, stabilisce:

- che la sperimentazione prevede l'erogazione, a carico del fondo di cui all'art. 104, comma 3 *bis*, del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020 n. 77, di una protesi destinata esclusivamente all'attività sportiva, con la componente ad alta tecnologia inclusa e comunque distinta da quella per uso quotidiano, già in dotazione all'utente, al fine di evitare il rischio di danneggiamento o di usura precoce di quest'ultima;
- che per l'erogazione dei dispositivi è richiesta un'apposita prescrizione, redatta dal medico specialista competente per patologia, dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo il modello di cui all'allegato 2 del sopracitato Decreto Ministeriale;

**CONSIDERATO** che con Determinazione del Dirigente del Settore Sanità - Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica della Regione Piemonte n. 856/A1404C del 19.12.2025, in attuazione della D.G.R. del Piemonte n. 20-1913 del 1 dicembre 2025, sono state ripartite tra le Aziende Sanitarie Locali, le risorse assegnate alla Regione Piemonte per il finanziamento di ausili, ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica e che per l'ASL VCO sono stati sub-impegnati €. 15.021,00 la cui somma stanziata è stata iscritta nel bilancio 2025;



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**PRESO ATTO** che l'adozione del presente provvedimento non comporta l'assunzione di alcun onere di spesa aggiuntivo;

**VISTI:**

- la Determinazione approvata dal Consiglio dell'Unione Europea in merito all'accesso allo sport per le persone con disabilità 2019/C192/06;
- il D.lgs. n. 118 del 23.06.2011;
- il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020 n. 77, recante *"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19"*;
- il Decreto del Ministro della Salute del 22 agosto 2022 *"Erogazione di ausili, ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica"*;
- la Legge Regionale del Piemonte n. 14 del 31 luglio 2023;
- la D.G.R. del Piemonte n. 17-7391 del 3 agosto 2023;
- la D.G.R. del Piemonte n. 20-1913 del 1° dicembre 2025;
- la Determinazione del Dirigente del Settore Sanità - Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica della Regione Piemonte n. 856/A1404C/del 19/12/2025.

*In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali*

**DETERMINA**

1. **Di indire**, per le motivazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate, apposito avviso pubblico per il riconoscimento dei contributi economici, di cui al decreto del Ministero della Salute 22 agosto 2022, avente ad oggetto l'avvio della sperimentazione per l'erogazione di ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori e superiori a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali da parte di persone con disabilità fisica,
2. **Di approvare** pubblico avviso, come da sottostanti allegati alla DGR 20-1913 del 1 dicembre 2025 della Regione Piemonte, di recepimento del Decreto Ministeriale di cui al precedente pt.1, parti integranti del presente provvedimento:
  - All\_1-Allegato\_A\_schema avviso\_pubblico;
  - All\_2-Allegato\_A.1\_-\_domanda\_di\_partecipazione;
  - All\_3-Allegato\_A.2\_-certificazione\_medico-sportiva;



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

3. **Di pubblicare** la presente Determinazione Dirigenziale, con i relativi allegati, nel sito *internet* istituzionale dell'ASL VCO e sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
4. **Di prendere atto** che con Determinazione Dirigenziale del settore Sanità - Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica n. 856/A1404C del 19.12.2025, la Regione Piemonte ha sub-impegnato la somma complessiva assegnata di Euro 394.416,00 a favore delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte, di cui per ASL VCO Euro 15.021,00 la cui somma stanziata è stata iscritta nel bilancio 2025;
5. **Di dare atto** che l'adozione del presente provvedimento non comporta l'assunzione di alcun onere di spesa aggiuntivo;
6. **Di incaricare** l'ufficio preposto per tutte le incombenze conseguenti l'adozione del presente atto;
7. **Di notificare** la presente Determinazione Dirigenziale a tutti i servizi interessati mediante procedura Archiflow;

**Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento.**

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE  
DETERMINA ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**

**Avviso pubblico 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 (D.M. 22 agosto 2022)**

**A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE**

**Finalità e obiettivi**

In riferimento al D.M. 22 agosto 2022, con il presente provvedimento si intende avviare interventi atti a favorire l'acquisizione di ausili, ortesi e protesi, utili allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali, descritti nell'allegato 1 del D.M. citato. Tali interventi sono destinati a persone con disabilità fisica e mirano ad estendere le abilità individuali e migliorare la qualità di vita.

I dispositivi medici oggetto del presente avviso sono funzionali al:

- superamento delle limitazioni motorie della persona con disabilità fisica in grado di praticare attività sportive amatoriali individuali;
- raggiungimento e miglioramento delle potenzialità della persona, in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e sportiva.

**Riferimenti normativi**

I riferimenti normativi sono i seguenti:

- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 65 del 18 marzo 2017;
- D.M. 22 agosto 2022, "Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 296 del 20 dicembre 2022.

**Soggetti beneficiari**

Possono partecipare alla selezione i soggetti che, al momento della presentazione della domanda di cui all'allegato A.1, parte integrante e sostanziale del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti e condizioni cliniche:

- residenza nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale VCO;
- amputazione di arto e/o diagnosi di paraparesi, paraplegia o tetraparesi;
- riconoscimento (o richiesta in corso) di invalidità;
- età compresa tra i 10 (dieci) e i 64 (sessantaquattro) anni compresi;
- pratica, o possibilità di praticare, di attività motorie o sportive amatoriali individuali, come attestato da certificazione di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive, rilasciata da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con il sistema sanitario nazionale, redatta secondo il modello di cui all'allegato A.2 parte integrante e sostanziale del presente bando.

Ogni partecipante può richiedere un solo dispositivo medico tra quelli previsti dal presente bando.

In caso di amputazione bilaterale di arto, è consentita la possibilità di richiedere più componenti protesiche nell'ambito della stessa fornitura.

### **Caratteristiche dell'iniziativa sperimentale e relativo procedimento**

Nel caso in cui per il numero di domande possa verificarsi il superamento dell'importo complessivo stanziato, verrà redatta apposita graduatoria aziendale in base alla dichiarazione ISEE in corso di validità.

In caso di parità di ISEE, verrà data priorità al richiedente di età inferiore.

L'Azienda Sanitaria Locale potrà destinare eventuali residui dell'importo complessivo assegnato all'erogazione di un contributo di importo inferiore rispetto a quello previsto a favore dell'ultimo beneficiario in posizione utile in graduatoria.

Per ciascun dispositivo medico oggetto del presente avviso verrà corrisposto un contributo fino a quello massimo stabilito per tale ausilio dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022.

I dispositivi medici acquistati sono di proprietà del beneficiario.

Non è prevista la sostituzione dell'ausilio e le eventuali riparazioni, anche di singole componenti, sono a carico del beneficiario.

Il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso pubblico non è soggetto ai tempi minimi di rinnovo previsti per ausili, ortesi e protesi ordinari (non specificatamente finalizzati allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali) eventualmente forniti con costi a carico del S.S.N., ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

I beneficiari in posizione utile in graduatoria saranno sottoposti a valutazione da parte del medico prescrittore, appositamente individuato dall'Azienda Sanitaria Locale, ai fini della prescrizione dell'ausilio tra quelli indicati nell'allegato 1 del DM 22 agosto 2022. Il medico compilerà il modulo specifico previsto dall'allegato 2 del D.M. sopracitato.

Successivamente, il medico prescrittore effettuerà il monitoraggio degli esiti dell'intervento tramite visite di follow-up.

### **Soggetto gestore**

L'A.S.L. VCO, territorialmente competente, cura:

- il ricevimento e l'istruttoria delle domande;
- la verifica dei requisiti e delle condizioni cliniche dei richiedenti;
- la liquidazione dei contributi nei limiti della quota assegnata.

### **Dotazione finanziaria**

Le risorse per sostenere l'erogazione dei contributi oggetto del presente avviso ammontano complessivamente a € 394.416,00 per la Regione Piemonte, ripartite tra le ASL sulla base della popolazione residente appartenente alla fascia di età da 10 a 64 anni, come risultante dai dati demografici ISTAT aggiornati all'1.01.2024.

La quota destinata all'ASL VCO è pari a **15.021,00 €**.

All'esito della sperimentazione e in considerazione del fabbisogno regionale rilevato, la Regione Piemonte si riserva di effettuare la rimodulazione delle risorse ripartite tra le ASL, - di rimandare, all'esito della sperimentazione e in considerazione del fabbisogno regionale rilevato, a successivo provvedimento della Direzione Sanità l'eventuale rimodulazione delle risorse ripartite dalla presente Deliberazione tra le ASL, al fine di soddisfare eventuali richieste rivolte alle Aziende di contributi eccedenti il *budget* loro assegnato, utilizzando il criterio di proporzionalità per il riparto delle economie tra tali Aziende.

## **B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE**

### **Caratteristiche dell'agevolazione**

La presente agevolazione è finalizzata a estendere le abilità della persona con disabilità fisica e a migliorare la sua qualità di vita, mediante l'erogazione di un contributo economico a sostegno delle spese di acquisto per il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso pubblico, per lo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali.

Il contributo è finanziato tramite le risorse stanziato dal D.M. 22 agosto 2022.

## **C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO**

### **Presentazione delle domande**

La domanda di partecipazione deve essere presentata a partire dal 12/02/2026 compilando l'apposito modulo di cui all'allegato A.1 del presente avviso e deve essere corredata da:

- certificazione del medico dello sport redatta secondo il modello di cui all'allegato A.2;
- modello ISEE in corso di validità.

Le domande di partecipazione devono essere inviate all'ASL territorialmente competente esclusivamente via PEC all'indirizzo [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) o mediante raccomandata A/R all'indirizzo **ASL VCO Via Mazzini 117 28887 Omegna (VB)**, entro e non oltre il **16/03/2026**.

Con la domanda di partecipazione, il richiedente dichiara:

- di versare in una o più delle seguenti condizioni cliniche: amputazione di arto superiore o inferiore (monolaterale o bilaterale) o paraparesi/paraplegia o tetraparesi/tetraplegia;
- di essere in possesso di verbale di invalidità o di essere in attesa di riconoscimento di invalidità (se maggiorenne);
- la disciplina sportiva praticata;
- di non essere affiliato ad alcuna società sportiva;
- di non aver ricevuto, né di richiedere in futuro, altri contributi pubblici per sostenere le spese relative all'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

Il richiedente dichiara, inoltre, di conoscere e accettare:



- i criteri di formazione della graduatoria, come esplicitati nel bando;
- la disponibilità a sottoporsi a successive visite mediche per la prescrizione del dispositivo da parte dello specialista designato dall'ASL;
- l'eventuale integrazione della documentazione a corredo della domanda;
- il termine di conclusione delle procedure per l'erogazione del contributo, che avverrà entro sei mesi dalla pubblicazione del bando.

**Il richiedente dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.**

**La mancata presentazione nei termini delle eventuali integrazioni richieste comporta la decadenza della domanda.**

## **Istruttoria**

### **Verifica di ammissibilità delle domande e approvazione della graduatoria**

Durante la prima fase dell'istruttoria l'ASL verifica la sussistenza dei requisiti di ammissibilità e delle condizioni cliniche dei soggetti.

A ogni domanda ritenuta ammissibile viene assegnato un codice alfanumerico per l'identificazione della relativa posizione in graduatoria. Tale codice verrà comunicato tramite PEC dall'ASL al richiedente all'indirizzo PEC o e-mail indicato da questi nella sua domanda di partecipazione.

Il procedimento di approvazione della graduatoria si conclude entro 60 giorni dal termine ultimo stabilito nell'avviso pubblico per la presentazione delle domande. Tale termine è sospeso qualora sia necessario acquisire ulteriori elementi ritenuti indispensabili da parte dell'Azienda Sanitaria Locale.

L'Azienda Sanitaria Locale, dopo aver valutato l'ammissibilità delle domande, approva la graduatoria provvisoria e, in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022, stabilisce il contributo assegnabile ai singoli richiedenti, in funzione della tipologia di dispositivo medico necessario.

L'esito dell'istruttoria sarà comunicato ai soggetti in posizione utile nella graduatoria provvisoria, tramite il sito web aziendale.

### **Valutazione delle domande**

La seconda fase dell'istruttoria prevede la valutazione di tipo clinico-funzionale e un esame di natura economico-finanziaria.

Gli istanti che risulteranno in posizione utile nella graduatoria provvisoria saranno soggetti alla valutazione clinico-funzionale da parte di un medico specialista competente, che provvederà, per i soggetti ritenuti idonei, a redigere il modulo di prescrizione di cui all'allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 per la fornitura dei dispositivi riportati nell'elenco allegato 1 al D.M. citato.

## **Modalità e adempimenti per l'erogazione dell'agevolazione**

### **Adempimenti per l'erogazione del contributo**

Il soggetto richiedente collocato nella graduatoria provvisoria deve presentare:

- lo schema per la prescrizione del dispositivo (allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022), comprensivo della prescrizione del dispositivo medico da parte del medico specialista, del relativo collaudo con esito positivo e della data di appuntamento del primo follow-up;
- la fattura o la ricevuta fiscale della spesa sostenuta recante data successiva alla prescrizione.

Le integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta, devono essere presentate entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta, pena l'esclusione dalla procedura.

### **Modalità e tempi di erogazione dell'agevolazione**

Il contributo, qualora riconosciuto, viene erogato al richiedente da parte dell'Azienda Sanitaria Locale in un'unica soluzione, sul conto corrente indicato nella domanda di partecipazione.

### **Caratteristiche della fase di rendicontazione**

Al termine della sperimentazione, l'ASL trasmette al Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e protesica della Direzione Sanità della Regione Piemonte una relazione in cui si evidenzia:

- il numero complessivo delle domande presentate;
- il numero complessivo di domande ammesse e finanziate, suddivise per tipologia di ausilio ortesi e protesi, con i relativi importi erogati;
- il numero di domande escluse;
- gli eventuali residui finanziari disponibili.

## **D. DISPOSIZIONI FINALI**

### **Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari**

In caso di inadempienza o violazione delle disposizioni del presente avviso, l'Azienda Sanitaria Locale si riserva di dichiarare la decadenza dal beneficio e di non procedere alla liquidazione del contributo e, qualora il contributo sia già stato erogato, l'ASL potrà provvedere alla revoca e adottare le azioni necessarie al recupero o alla compensazione delle somme indebitamente percepite.

### **Ispezioni e controlli**

Ai fini dell'ammissibilità, l'Azienda Sanitaria Locale procede, a campione, all'individuazione delle domande da sottoporre a verifica relativamente ai requisiti autocertificati. L'Azienda si riserva la facoltà di richiedere ai beneficiari, in qualsiasi fase della procedura e anche successivamente, eventuali chiarimenti e integrazioni utili alla valutazione dell'efficacia dell'intervento.

I soggetti beneficiari sono tenuti a fornire riscontro nei termini e con le modalità di volta in volta indicati dagli uffici aziendali competenti.

## Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento è il **Dr. Vincenzo Gianò , Dirigente Medico SOC Distretto VCO** Il Dirigente aziendale di riferimento è il **Dr. Vincenzo Gianò , Dirigente Medico SOC Distretto VCO**.

## Trattamento dati personali

In attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 101/2018), si rimanda all'Informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Azienda Sanitaria Locale in qualità di titolare del trattamento dei dati personali.

I dati personali forniti dai richiedenti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'agevolazione della partecipazione all'avviso pubblico, alla valutazione delle domande e all'erogazione del contributo, nonché per adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

## Pubblicazione, informazioni agli utenti e contatti

Il presente avviso è pubblicato sul portale istituzionale della A.S.L. VCO, nella pagina **Albo pretorio online nella sezione "Altri avvisi"**.

Qualsiasi informazione relativa ai contenuti del bando e agli adempimenti connessi potrà essere richiesta inviando una mail a [distretto.vco@aslvco.it](mailto:distretto.vco@aslvco.it) o telefonando al numero 0324-491644 il Lunedì e il Giovedì dalle ore 08:30 alle ore 12:30

## Riepilogo date e termini temporali

FASI	A CURA DI	TERMINI
Pubblicazione Avviso Pubblico	Azienda Sanitaria Locale	<b>12/02/2026</b>
Presentazione delle domande di partecipazione	Beneficiario	<b>16/03/2026</b>
Approvazione della graduatoria	Azienda Sanitaria Locale	<b>16/04/2026</b>
Presentazione della documentazione relativa a prescrizione, fornitura, collaudo e fattura	Beneficiario	<b>16/06/2026</b>
Presentazione delle integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta	Beneficiario	(entro 30 giorni dalla richiesta di integrazione)
Erogazione del contributo	Azienda Sanitaria Locale	<b>12/08/2026</b> (entro 6 mesi dalla pubblicazione del bando)

Allegati:

- Allegato A.1 – Modello domanda di partecipazione all'avviso pubblico

- Allegato A.2– Modello certificazione medico sportiva

-

## 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 VCO – SOC Distretto VCO - SOS Assistenza Integrativa e Protesica

PEC protocollo@pec.aslvco.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 **12/08/2026**;

- 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 quietanzata, 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 \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI  
IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO MOTORIE O  
SPORTIVE AMATORIALI INDIVIDUALI (DM 22 agosto 2022, art. 1, comma 2)**

*DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO DI CUI AL DM 22.08.2022:*

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

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

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Si segnala che il richiedente il beneficio dichiara di:

☐ praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (specificare la disciplina sportiva):  
\_\_\_\_\_;

☐ non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Indicare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il richiedente dichiara di voler praticare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dettagliare la tipologia di protesi o ausilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sulla base della visita da me effettuata certifico che il soggetto sopra identificato non presenta controindicazioni allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.**

Il presente certificato ha validità esclusivamente per le finalità previste dal DM 22 agosto 2022.

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE:*

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

LUOGO e DATA  
\_\_\_\_\_

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO  
\_\_\_\_\_