

Domanda di contributo secondo bando anno 2023 per “Contributi ai cittadini sottoposti a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca” (L.R. n. 28/2019 come modificata dalla L.R. n. 14/2021 e DGR 761/2021). Scadenza 30/06/2023

AL DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

Il/La richiedente (o assistito/a per il quale si avanza richiesta)

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ prov. _____

il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap _____

Provincia _____

Codice Fiscale

Recapiti telefonici (fisso/ mobile)

Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Specialista del SSN
Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere – art. 4 D.P.R. n. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra _____

Nata a _____ pr. _____ il _____

Residente in
via _____ n° _____

Città _____ cap. _____ Provincia _____

Recapiti telefonici
(cellulare/fisso/altro) _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente:
 - ☐ Tutore
 - ☐ Procuratore
 - ☐ Altro _____
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela o la convivenza)

Per conto della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 761/21 ed a tal fine allega:

- ☐ Fotocopia tessera sanitaria;
- ☐ Autocertificazione di residenza;
- ☐ Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- ☐ Scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- ☐ Attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 50.000,00 calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e s.m. i.;
- ☐ Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e s.m.i., attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo (solo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessata).

La richiedente chiede che il contributo, in caso di riconoscimento, venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- ☐ Versamento sul conto corrente bancario dell'interessato

☐ Versamento sul conto corrente postale dell'interessato

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

IL/LA RICHIEDENTE

(FIRMA LEGGIBILE)