

Domanda di contributo anno 2025 per “Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per trapianto di organi solidi o di midollo” (L.R. 13/2018, DGR 586/20 e DGR 456/2021).

Il/La richiedente (o assistito/a per il quale si avanza richiesta) Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in via/p.zza \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici (fisso-mobile) \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_

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 del/la richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 ed a tal fine allega:

- fotocopia carta identità e tessera sanitaria del/la richiedente e, nel caso, del rappresentante legale o persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente;

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., attestante la residenza nella Regione Lazio;
- copia esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- certificazione medica rilasciata da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Il/La richiedente o rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/200 e smi

DICHIARA

(indicare la situazione presente)

- di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore I.S.E.E. con valore non superiore ad € 15.000,00)
- di aver perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione)
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata relativa documentazione)

Il/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)