

**Domanda di contributo bando anno 2025 - “Contributi alle persone sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca” (DGR 493/2020).**

AL DISTRETTO SANITARIO DI GUIDONIA  
UFFICIO PUA  
ASL ROMA 5

**Il richiedente (o assistita per la quale si avanza richiesta)**

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 del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 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 della richiedente:
  - Tutore \_\_\_\_\_
  - Procuratore \_\_\_\_\_
  - Altro \_\_\_\_\_
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

Per conto della richiedente



- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- Esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- Autocertificazione di residenza;
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, 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 dal paziente.

Il richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 e smi,

#### DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00);
- Di avere 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 idonea documentazione).

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- Versamento sul proprio conto corrente bancario \_\_\_\_\_
- Versamento sul proprio conto corrente postale \_\_\_\_\_

In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede certificazione della Banca attestante il codice IBAN

Data \_\_\_\_\_

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)