

Distretto Sanitario di Guidonia
Via dei Castagni ,20/22 – 00012 Guidonia
E mail: distretto.guidonia@aslroma5.it
PEC: distretto.guidonia@pec.aslroma5.it

Domanda di contributo bando anno 2025 per “Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per il trapianto di organi solidi o di midollo” (DGR 586/2020 – DGR 456/2021)

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) _____

Distretto Sanitario di Guidonia
Via dei Castagni ,20/22 – 00012 Guidonia
E mail: distretto.guidonia@aslroma5.it
PEC: distretto.guidonia@pec.aslroma5.it

Per conto della richiedente:

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19 così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 ed a tal fine allega:

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata da responsabile 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 dell'art. 4, comma 48, lettera b);
- Esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- Dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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;
- Autocertificazione di residenza.

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 condizioni di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 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 (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuitiva (allegata idonea

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 copia dell'attestazione bancaria riportante l'IBAN;

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE