

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” (LR n. 13/2018, DGR n.586/20 e DGR 456/21). SCADENZA 31.07.2025

AL DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

Il richiedente (o assistito per il 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 della richiedente a sottoscrivere – art. 4 D.P.R. n. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra

Nata/o 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 del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/20 ed a tal fine allega:

- 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) della Legge Regionale n. 13/2018;
- Esenzione per patologia 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 svantaggio economico e a tal fine allega attestazione indicatore

ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., ovvero, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), l'ISEE - con valore non superiore a € 15.000,00 - ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016);

- Di avere perso il proprio posto di lavoro e allega a tal fine 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 e allega a tal fine idonea documentazione.

Il 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 RICHIEDENTE/DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)