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).

AL DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI
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 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 qualita'

- Rappresentante legale del richiedente:

□ Tutore_____
□ Procuratore_____
□ Altro_____

- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela)_____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 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 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 € 15.000,01);

□ 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, in caso di riconoscimento, venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

□ Versamento sul proprio conto corrente bancario _____

□ Versamento sul proprio conto corrente postale _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

_____
FIRMA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

_____
(FIRMA LEGGIBILE)