

**Domanda di contributo - secondo bando anno 2025 per "Contributi ai cittadini sottoposti a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca" (L.R. n. 28/2019 come modificata dalla L.R. n. 14/2021 e DGR 761/2021). SCADENZA 28/02/2025**

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. 761/21 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;
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o Specialista del S.S.R. che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore I.S.E.E. con un valore non superiore a € 50.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal D.P.C.M. n. 159/2013 e s.m.i., in corso di validità;
- 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 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)