

# Domanda di contributo bando anno 2025 - “Contributi ai cittadini sottoposti a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca” (DGR 761/2021).

ALSERVIZIO PUA

 DISTRETTO SANITARIO

 MONTEROTONDO

# Il/la 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



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

# CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°761/2021 ed a tal fine allega:

* Fotocopia tessera sanitaria;
* certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR 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 ISEE con valore non superiore a € 50.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.;
* 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 dall’interessata.
* Autocertificazione di residenza nella Regione Lazio;

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 avere ISEE non superiore a € 50.000,00 (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a

€ 50.000,00);

* di essere sottoposto a terapia oncologica (allegata relativa certificazione medica)
* di aver acquistato una parrucca (allegata fattura/ricevuta/scontrino fiscale)

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 \_\_\_\_\_

Banca o Ufficio Postale Agenzia IBAN \_\_\_\_\_\_

Data

L’OPERATORE IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA (FIRMA LEGGIBILE)