

**Domanda di contributo terzo bando anno 2025 - “Contributi in favore di persone sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca” (DGR 761/2021).**

AL DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI  
UFFICIO PUA  
ASL ROMA 5

**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 \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

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 DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)