

Domanda PRIMO Bando anno 2026 - “Contributi per l’acquisto della parrucca in favore di persone sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca” (DGR 493/2020 – art. 7, commi 77-81 della Legge Regionale . 28/2019, come modificato dall’art. 19 della L. regionale n. 14/2021). SCADENZA 28.02.2026

AL DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA

UFFICIO PUA

ASL ROMA 5

Il richiedente (o assistita/o per la/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 a _____ Prov. _____ 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 del/della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°493/2020 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)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

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):

- | | | | | | |
|----------------------------------|-----|---------|-------|----------|----------|
| <input type="radio"/> Versamento | sul | proprio | conto | corrente | bancario |
| <input type="radio"/> Versamento | sul | proprio | conto | corrente | postale |
-

In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede copia dell'attestazione bancaria riportante l'IBAN;

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)

ASL Roma 5
Via Acquaregna, 1-15
00019 Tivoli (RM)

t +39.0774.3161
www.aslroma5.it
p.iva 04733471009



REGIONE
LAZIO