



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

Domanda PRIMO Bando anno 2026 - "Contributi per l'acquisto della parrucca in favore di persone affette da alopecia a seguito di terapie oncologiche o a causa di patologie mediche"
(L.R. n. 28/2019 - L.R. n. 14/2021 - L.R. n.15/2025 - DGR n. 964 del 28.10.2025)
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./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. n. 445/2000, compilare anche i seguenti campi.

Sig./Sig.ra _____

Nata a _____ Prov. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap. _____ Provincia _____

ASL Roma 5

Via Acquaregna, 1-15
00019 Tivoli (RM)

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



**REGIONE
LAZIO**



Recapiti telefonici (cellulare/fisso/altro) _____ Codice Fiscale _____

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 affinità , entro il terzo grado o di convivenza o lo stato di Caregiver (L.R. n.5/2024) _____

Per conto del/della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°964/2025 ed a tal fine allega:

- ☐ Fotocopia documento di identità e tessera sanitaria;
- ☐ certificazione medica che attesti la patologia oncologica (e il conseguente trattamento causa dell'alopecia) o altra patologia tale da comportare alopecia, rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR
- ☐ 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 dalla persona 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 o affetto da altra patologia tale da comportare alopecia (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

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

(FIRMA LEGGIBILE)



