



Distretto Sanitario di Guidonia  
Via dei Castagni, 20/22 - 00012 Guidonia  
tel. 0774.779/728-714-618  
E mail: [distretto.guidonia@aslroma5.it](mailto:distretto.guidonia@aslroma5.it)  
PEC : [distretto.guidonia@pec.aslroma5.it](mailto:distretto.guidonia@pec.aslroma5.it)

**Domanda di contributo bando anno 2026 per “Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per il trapianto di organi solidi o di midollo” (DGR 586/2020 – DGR 456/2021)**

AL DISTRETTO SANITARIO DI GUIDONIA  
UFFICIO PUA  
ASL ROMA 5

**Il richiedente (o assistita per la quale si avanza richiesta)**

Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici (fissomobile) \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_



**ASL  
ROMA 5**

Distretto Sanitario di Guidonia  
Via dei Castagni, 20/22 -00012 Guidonia  
tel. 0774.779/728-714-618  
E mail: [distretto.guidonia@aslroma5.it](mailto:distretto.guidonia@aslroma5.it)  
PEC : [distretto.guidonia@pec.aslroma5.it](mailto:distretto.guidonia@pec.aslroma5.it)

☐ 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°305/19 così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 ed a tal fine allega:

- ☐ Fotocopia tessera sanitaria;
- ☐ Certificazione rilasciata da responsabile del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- ☐ Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dell'art. 4, comma 48, lettera b);
- ☐ Esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- ☐ 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 dal paziente;
- ☐ Autocertificazione di residenza.

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 trovarsi in condizioni di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00);
- ☐ Di aver perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione);
- ☐ Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retributiva (allegata idonea documentazione)





