

DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO 2026 PER "INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO" (DGR n° 586/2020 e n° 456/2021).

AL DISTRETTO SANITARIO DI MONTEROTONDO  
UFFICIO PUA  
ASL ROMA5

**Il richiedente (o assistito per il quale si avanza richiesta)**

Sig./ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici (fisso-mobile) \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale**

Cognome Nome \_\_\_\_\_  
Recapito \_\_\_\_\_

**Specialista del SSN**

Cognome Nome \_\_\_\_\_  
Recapito \_\_\_\_\_

**Se impossibilitato alla presentazione della richiesta direttamente, compilare a cura del caregiver o di altra figura che abbia la rappresentanza legale la parte successiva.**

Sig./ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ), il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

Per conto del richiedente

#### CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 586/2020 e n° 456/2021 ed a tal fine allega:

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata dal 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 dall'art. 4, comma 48, lettera b) L. R.L. n. 13/2018;
- Esenzione per patologia cod. 048;
- Autocertificazione di residenza;
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 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.

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 condizione di forte svantaggio economico e a tal fine allega attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., ovvero, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (allegato 3 al DPCM 159/2013), l'ISEE – con valore non superiore a € 15.000,00 – ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016);
- Di avere perso il proprio posto di lavoro e allega a tal fine relativa documentazione;
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione).

## CHIEDE

Di beneficiare del contributo economico di cui alla DGR n.586/20, in quanto paziente affetto da:

- ☐ Patologia oncologica
- ☐ In lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. , dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

## DICHIARA

- Che il beneficiario non è attualmente ricoverato continuativamente in Hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie;
- Di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione alla ASL ROMA 5 DISTRETTO di MONTEROTONDO in caso di ricovero presso le suddette strutture, di perdita dei requisiti richiesti, oppure in caso di decesso del beneficiario.

Il richiedente chiede che il contributo venga accreditato sul **proprio** conto corrente bancario o postale:

Banca o Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

L'OPERATORE ASL

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_