

Domanda di contributo anno 2020 - "Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca" (DGR 493/2020).

AL DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

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 (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°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 € 25.000,00, 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 € 25.000,00 (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 25.000,00);
- ☐ 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)