

ASL ROMA 6

DISTRETTO SANITARIO di.....

PUNTO UNICO DI ACCESSO di.....

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO 2022

**Erogazione di un contributo economico finalizzato all'acquisto della parrucca alle donne e agli uomini sottoposti a terapia oncologica D.G.R. N.493/2020 e D.G.R. N. 761/2021**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale dott. \_\_\_\_\_

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

familiare (specificare)

convivente

affine (specificare)

tutore (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ )

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ )

**altro** (specificare): \_\_\_\_\_ )

in favore di: (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di beneficiare del contributo economico di cui alla DGR n.493/20, e DGR N. 761/21 in quanto paziente affetto da patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia.

Il/La sottoscritto/a 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.

### ALLEGA

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio (Allegato 1)
- 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 un 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'interessato. (allegato 2)
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento d'identità anche di quest'ultimo;
- Il/La sottoscritta dichiara, altresì, di aver letto e compreso le informazioni ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 presenti sul sito istituzionale dell'Asl Roma 6 alla sezione "Privacy" consultabile al seguente link: <https://aslroma6.it/web/guest/privac>

**CHIEDE**

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

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

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

**Allegato n. 1**

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTAZIONE DI RESIDENZA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a prov. Il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

**richiedente** intervento di sostegno economico in quanto affetto da patologia oncologica e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

**richiedente per conto di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a prov. il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

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**

Che il sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

È residente in Via/Piazza n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ REGIONE LAZIO

Luogo e data

Firma

**Allegato n. 2**

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL GRADO DI PARENTELA O AFFINITÀ O LA CONDIZIONE  
DI CONVIVENZA CON IL DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO**  
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del dpcm n. 445/2000 e smi)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a prov. Il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di **richiedente per conto di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a prov. il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

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 avere con la persona suddetta il seguente rapporto di:

parentela (specificare): \_\_\_\_\_

affinità (specificare): \_\_\_\_\_

convivenza

Luogo e data

Firma