

**ASL ROMA6**

**DISTRETTO SANITARIO di.....**

**PUNTO UNICO DI ACCESSO di.....**

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO 2021

**Erogazione di un contributo economico finalizzato all'acquisto della parrucca alle donne sottoposte a terapia oncologica DGR n.493/2020**

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, in quanto paziente affetto da patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia

Il/La sottoscritta, 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 € 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'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;
- Informativa Privacy firmata (Allegato 3)

**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

**Allegato n. 3**

### **INFORMATIVA PRIVACY**

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, “Codice in materia di protezione dei dati personali”, nonché del Regolamento (UE) 201/679 “Regolamento generale sulla protezione dei dati” (GDPR) che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi alla ASL ROMA6 PUA distretto di competenza.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è la **ASL Roma6 nella persona del Responsabile del procedimento**.....

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 nonché del Regolamento (UE) 201/679 “Regolamento generale sulla protezione dei dati” (GDPR ), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico “interventi di sostegno economico per persone affette da patologia oncologica e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo”

Luogo e data,

**Firma del richiedente**

