

ASL ROMA 6

DISTRETTO SANITARIO di H2 - Albano Laziale

PUNTO UNICO DI ACCESSO di Ariccia

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO 2023

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;
- 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 ROMA 6 presso PUA distretto di competenza.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è la ASL Roma 6 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