****

**Alla ASL di Foggia**

Responsabile Contributo ex l.r. n. 8/2017

Dott.ssa Rachele Cristino - URP ASL Foggia

Ufficio Protocollo ASL FG (II trav. Viale Fortore – c/o Camera del Commercio) – 71100 – Foggia

**Oggetto: Domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l’acquisto di parrucca (l.r. n. 8/2017).**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

**A**□ Soggetto beneficiario finale[[1]](#footnote-1)

**B**□ Soggetto diverso dal beneficiario finale

*Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all’atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000); la documentazione cartacea comprovante i requisiti previsti dall’Avviso sarà consegnata successivamente a seguito di espressa richiesta da parte della ASL competente.*

**INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE**

Richiede il beneficio:

□ Soggetto beneficiario finale

□ Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

***DATI* ANAGRAFICI *DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE***

Nome Cognome

Sesso M □ F □

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Telefono Email

**Cognome e Nome del Medico di Medicina Generale**

Nome Cognome

Comune in cui presta servizio Prov.

**Denominazione della struttura del SSR o del SSN che ha attestato la patologia:**

Denominazione

Luogo di ubicazione Prov.

**DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)**

Nome Cognome

Sesso M □ F □

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Telefono Email

CODICE FISCALE

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

Il/La sottoscritto/a chiede l’ammissione al beneficio di cui alla L.R. n. 2 maggio 2017 n. 8 e a tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non corrispondenti al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno in ogni caso, oltre all’applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente versate per la fornitura di che trattasi, **DICHIARA**:

1. Soggetto beneficiario finale percettore indennità di accompagnamento o comunque non autosufficiente ai sensi della quarta colonna del prospettodell’Allegato 3 del DPCM n. 159/2013 SI ❒ NO ❒

**DICHIARA,** inoltre:

2. di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi della l.n. 196/2003 e s.m.i., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione sono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse alla erogazione della misura economica;

3. di trovarsi nella condizione di patologia di cui all’art. 1 della l. r. n. 8/2017;

4. di avere acquistato in data successiva al 01.01.2017 una parrucca per una spesa complessiva di Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/00) come da documentazione allegata;

5. di chiedere il rimborso in misura pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/00)[[2]](#footnote-2)

e a tal fine allega la seguente documentazione, a pena di esclusione:

❒ Fotocopia della tessera sanitaria del Soggetto beneficiario finale

❒ Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o specialista del SSN che attesti la patologia di tumore e il conseguente trattamento chemioterapico causa dell’alopecia;

❒ Scontrino fiscale o fattura o ricevuta fiscale, relativo all’acquisto della parrucca nell’anno 2017;

❒ Fotocopia di un documento di identità valido del Soggetto beneficiario finale (e, ove rilevi, del soggetto richiedente).

**MODALITA’ DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO**

**(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)**

□Accreditamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca Filiale/Agenzia di

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa sulla privacy

□Accetto □Non accetto

*Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Per beneficiario finale si intende la persona affetta da alopecia derivante da cure chemioterapiche connesse a patologia oncologica.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *In misura non superiore ad Euro 300,00 (trecento/00) come da art. 2 della l.r. n. 8/2017.* [↑](#footnote-ref-2)