

Alla ASL di _____

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

Via _____

CAP Comune (Prov)

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 finale¹

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.

¹ Per beneficiario finale si intende la persona affetta da alopecia derivante da cure chemioterapiche connesse a potologia oncologica.



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

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

Luogo di residenza Prov.

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

Denominazione

Luogo di residenza 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 prospetto dell'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

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)

Accredитamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca

Filiale/Agenzia di

² In misura non superiore ad Euro 300,00 (trecento/00) come da art. 2 della l.r. n. 8/2017.



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

Luogo _____, *Data* _____

IN FEDE
