

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO

AL DISTRETTO SANITARIO N.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI _____

La richiedente

Sig./ra

Nata a

Prov.

il

Residente in Via

n.

Città

C.a.p.

Provincia

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro)

Codice fiscale:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale n. 300 del 25.05.2023

A tal fine allega:

- certificato medico rilasciato dal medico Specialista del SSN/ Medico di Medicina Generale che attesti la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta, in originale o in copia, recante codice fiscale della paziente che presenta la domanda, relativa all'acquisto della parrucca, in alternativa preventivo fornitore presidio con relativo importo e dati contabili;
- fotocopia di un documento di identità valido del soggetto beneficiario finale (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente);
- attestazione dell'indicatore ISEE sociosanitario con un valore pari o inferiore a € 30.000,00.

IL RICHIEDENTE

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 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi,

DICHIARA

1. di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019/che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019
2. di aver acquistato una parrucca per una spesa complessiva di Euro _____/00) come da documentazione allegata;
3. di chiedere il rimborso nella misura prevista dalla DGR _____ (fino ad una spesa di euro 400,00 il rimborso è pari alla spesa effettivamente sostenuta, per una spesa superiore ad euro 400,00 il rimborso è pari ad euro 400,00);

in alternativa ai punti 2 e 3

4. di voler acquistare la parrucca presso il fornitore di cui si allega preventivo; la sottoscrittadichiara a tal fine di delegare il pagamento in favore del medesimo fornitore fino all'importo di euro 400,00 e chiede che venga informata dell'avvenuto pagamento per poter ritirare il presidio; la sottoscritta si impegna a trasmettere la ricevuta di ritiro della parrucca al seguente indirizzo pec dg.500500@pec.regione.campania.it con la dicitura "ritiro parrucca"

CHIEDE

che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (selezionare l'opzione desiderata):

- tramite versamento a rimborso del pagamento già effettuato dall'utente su conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

Codice IBAN _____

- tramite delega all'incasso da versare direttamente alla ditta fornitrice della quale si riportano i dati

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

Codice IBAN _____

(ulteriori modalità potranno essere definite dall'Azienda USL competente all'atto del perfezionamento della propria modulistica)

I dati personali sopra riportati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali.

DICHIARA altresì
di essere a conoscenza, in quanto informato da codesta Azienda ASL, ai sensi della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i
e del Reg. UE 2016/679, che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti
interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica

IL DICHIARANTE

(data)

(firma leggibile)

Ai sensi della normativa succitata, l'autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.