

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO

AL DISTRETTO SANITARIO N. _____
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI _____

La richiedente

Sig./ra

.....

Nata aProv. il.....

Residente in Vian.....

Città.....C.a.p.....Provincia.....

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro).....

Codice fiscale.....

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DALLA DIRETTA INTERESSATA

Il/la sottoscritto/a

Sig./ra

Nata aProv.....il.....

Residente in Via.....n.....

Città.....C.a.p.....Provincia.....

Recapiti (telefono Fisso/cellulare/altro).....

Codice fiscale.....

In qualità di:

familiare entro il terzo grado (Specificare).....

convivente (Specificare).....

In favore di (Cognome).....(Nome).....

Nata aProv.....il.....

Residente in Vian.....

Città.....C.a.p.....Provincia.....

Codice fiscale.....

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale n. 311 del 26.06.2024

A. tal fine allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata da parte di un nodo della rete oncologica campana, ovvero dal medico specialista del SSN/Medico di Medicina Generale, che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento radioterapico o chemioterapico;

- 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 E 30.000,00;
- dichiarazione ai sensi dell'articolo 47 del DPR 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità entro il terzo grado o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

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 311/2024 che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia di cui alla DGR 311/2024;
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 sottoscritta..... dichiara 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.500500g@ec.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 (ad esclusione dei libretti postali)

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 ASL 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