



**REGIONE  
PUGLIA**

Al Direttore Sanitario ASL

Il sottoscritto ....., Cod. Fisc. ...., nato a  
....., prov. ...., il ....., residente in via .....  
città....., stato civile....., cell.....,

E

La sottoscritta ....., Cod. Fisc. ...., nato a  
....., prov. ...., il ....., residente in via .....  
città....., stato civile....., cell.....,

**CHIEDONO**

la concessione del contributo per le spese di compartecipazione al costo dei percorsi di PMA, così come previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 963 del 10/07/2023

A tal proposito, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

**DICHIARANO**

- Di possedere tutti i requisiti previsti nella D.G.R. n. 963/2023;
- Di essere residenti in Puglia da almeno un anno alla data di entrata in vigore della L.R. n. 32/2022;;
- Di richiedere il finanziamento per le prestazioni rese nell'anno 2024;
- Di non aver già richiesto ed ottenuto il contributo economico per n. 2 percorsi di cicli di PMA, specificando se trattasi di 1° richiesta di contributo;
- Di essere consapevoli che l'assegnazione del contributo avverrà fino ad esaurimento del fondo a tal fine destinato alla ASL di residenza, come da DGR n. 963/2023 e che nulla ha da pretendere nei confronti della ASL in caso di non assegnazione del contributo per esaurimento del predetto fondo, anche in presenza di tutti i requisiti di ammissibilità dello stesso;

- Di essere consapevoli che qualora la spesa sostenuta dalla coppia per il ciclo di PMA risulti inferiore al valore del contributo previsto dalla Legge regionale, il contributo sarà erogato in misura pari alle spese effettivamente sostenute dalla coppia; che qualora la presente richiesta di contributo venga accolta, la ASL provvede a liquidarne l'importo mediante bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

bonifico su c/c intestato a .....

iban \_\_\_\_\_

I sottoscritti allegano alla domanda la seguente documentazione:

- Copia del modello ISEE del nucleo familiare in corso di validità al momento della domanda di accesso al contributo; (MAX 30.000,00 €)
- Fattura del Centro di PMA nella quale devono essere dettagliate le singole prestazioni effettuate;
- Copia dei documenti di identità. *Firme*

Data, .....

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

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere informati, ai sensi del dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, .....

*Firme*

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