



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 finale<sup>1</sup>

**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**

*Per beneficiario finale si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità alla misura "Assegno di cura"*

Nome

Cognome

Sesso

M

F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

<sup>1</sup> Per beneficiario finale si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità alla misura "Assegno di cura"



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 SSN o SSR che ha attestato la patologia  
e lo stato di alopecia conseguente ai trattamenti chemioterapici:**

Denominazione

Luogo di residenza  Prov.

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

*Da compilare solo se il soggetto delegato è diverso dal beneficiario*

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.



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI**

Telefono

Email

CODICE FISCALE

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a **CHIEDE** l'ammissione al beneficio di cui alla legge regionale 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 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi 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 non versate per la fornitura di cui trattasi, **DICHIARA**:

1. che il Soggetto beneficiario finale è 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 vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'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 del contributo in misura pari ad Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00) <sup>2</sup>

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

- fotocopia della tessera sanitaria
- 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, relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno 2017;
- fotocopia di un documento d'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

<sup>2</sup> In misura non superiore all'importo di Euro 300,00 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**

Banca

Filiale/Agenzia di

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

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

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_