

**Alla ASL di Foggia**

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

Dott.ssa A. Rachele Cristino – Dirigente URP ASL Foggia

Ufficio Protocollo ASL FG – Via Michele Protano, 13

71121 - Foggia

**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**

Nome

Cognome

Sesso

M  F

<sup>1</sup>Per beneficiario finale si intende la persona affetta da alopecia derivante da cure chemioterapiche connesse a patologia oncologica.



ASL Foggia

PugliaSalute

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

**Cognome e Nome del Medico di Medicina Generale**

Nome     Cognome

Comune in cui presta servizio  Prov.

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

Denominazione

Luogo di ubicazione  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.



ASL Foggia

PugliaSalute

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)

\_\_\_\_\_

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

- Fotocopia della tessera sanitaria del Soggetto beneficiario finale e 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)**

- Accreditamento su c/c

Intestato a

Paese	CIN	X	ABI	CAB	NUMERO CONTO
IT					
<b>2lett</b>					

Banca

Filiale/Agenzia di

**\*In caso di compilazione a mano allegare stampa del codice IBAN**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa sulla privacy

- Accetto
- Non accetto

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_

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