

*Facsimile***DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA.***DGR n. 493 del 28/08/2020 - Attuazione art. 7, commi 77-81 della Legge regionale n. 28/2019*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ALLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA  
PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA**

Allega alla presente domanda:

- documentazione della residenza;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fatture o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 25.000,00 calcolato secondo le disposizioni previste all'art.6 del DPCM 159/2013 e smi.
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo **nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;**

A tal fine:

-consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

-informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Data

Firma

## CONSENSO PRIVACY

Il/la Signore/a

-----

*Cognome*

*Nome*

*(scrivere in stampatello)*

dichiara di aver ricevuto l' informativa sul trattamento dei dati degli utenti dei servizi sanitari e autorizza l'azienda Sanitaria Roma 3 al trattamento dei propri dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell' informativa ricevuta.

DATA

FIRMA \*

*\*(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente, il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)*