



**ALLEGATO SUB. 1**

**MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO PER LA CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI (SOCIAL FREEZING), PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI. LEGGE REGIONALE N. 42 DEL 31/12/2024, ART. 40 "NORME IN MATERIA DI PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI".**

Al **Direttore Generale ASL LE**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevoli che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, la sottoscritta:

ISTANTE	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale _____
	Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____
	Numero di telefono _____ mail _____
	PEC _____

CHIEDE

di essere ammessa al finanziamento, ai sensi della LR n. 42 del 31/12/2024 art. 40, previsto dall'Avviso Pubblico della ASL LE per l'assegnazione di contributi economici a sostegno della crioconservazione degli ovociti a fini sociali (social freezing).



A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci:

- di essere residente, senza interruzioni, nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda;
- di avere un'età compresa tra i 27 e i 37 anni alla data di presentazione della domanda;
- di essere in possesso di attestazione ISEE ordinaria in corso di validità con un valore pari o inferiore a € 30.000,00;
- di non avere già beneficiato di contributi analoghi erogati dalla Regione Puglia per la medesima finalità (il contributo è erogabile una sola volta nella vita);
- di rivolgersi presso centri di Procreazione medicalmente assistita sia pubblici che privati purché autorizzati dal Ministero della Sanità e inseriti nel registro nazionale PMA presenti su tutto il territorio nazionale;
- di essere consapevole che la prestazione richiesta non rientra tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ai sensi del DPCM 12/1/2017 e s.m.i.;
- di impegnarsi a comunicare, a pena di decadenza dal beneficio, entro i successivi 60 giorni dalla comunicazione di ammissione, l'avvio della procedura allegando documentazione probatoria (almeno la prenotazione della visita).
- di impegnarsi a rendicontare le spese sostenute dal 1/1/2025, pena decadenza del diritto al rimborso, entro e non oltre il 30.06.2026.





- 
- l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi;
- I suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa punto per esercitare i Suoi diritti di cui agli articoli 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento ASL Lecce, via Miglietta 5, 73100 Lecce - email [dpo@asl.lecce.it](mailto:dpo@asl.lecce.it) PEC: [protocollo@pec.asl.lecce.it](mailto:protocollo@pec.asl.lecce.it).  
Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione Privacy del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/privacy-portale>.

Luogo e data: .....

Firma leggibile: \_\_\_\_\_