



**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 e ss.mm.ii.).**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

- Soggetto beneficiario finale<sup>1</sup>  
 Soggetto diverso dal beneficiario finale<sup>2</sup>

*Specificare relazione con il beneficiario finale*

**DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE**

Nome  Cognome

Codice fiscale

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  Luogo di nascita

Luogo di residenza  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civico

Luogo di domiciliazione  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civico

Telefono  Email

<sup>1</sup> Per "beneficiario finale" si intende la persona affetta da alopecia derivante da cure chemioterapiche connesse a patologia oncologica o da altre patologie regolarmente certificate da un medico specialista.

<sup>2</sup> Genitore, coniuge, tutore o delegato



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

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	<input type="text"/>
Luogo di residenza	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Via/Corso/Strada	<input type="text"/>	n. civico	<input type="text"/>
Luogo di domiciliazione	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Via/Corso/Strada	<input type="text"/>	n. civico	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

**COGNOME E NOME DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		
Luogo di residenza	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA DEL SSR O DEL SSN CHE HA ATTESTATO LA PATOLOGIA:**

Denominazione	<input type="text"/>		
Sede legale	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>



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. che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia:
- di cui all'art. 1 della l. r. n. 8/2017 (patologia tumorale)
  - di cui all'art. 1bis della l.r. n.8/2017 (recidiva tumorale)
  - di cui all'art. 5 bis della l.r. n. 8/2017 (alopecia da cause diverse dal tumore);
4. che il beneficiario finale ha acquistato una parrucca come da documentazione allegata della quale si indicano gli estremi:

Fattura n.  del  Totale fattura

5. di chiedere il rimborso in misura pari ad Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00)<sup>3</sup>

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

- fotocopia della tessera sanitaria del Soggetto beneficiario finale
- fotocopia di un documento di identità valido del Soggetto beneficiario finale (e, ove rilevi, del soggetto richiedente).
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o specialista del SSN che attesti la patologia dell'alopecia;

---

<sup>3</sup> In misura non superiore ad Euro 300,00 (trecento/00) come da art. 2 della l.r. n. 8/2017.



- fattura relativa all'acquisto della parrucca.



**MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO  
(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)**

Accreditamento su c/c

Intestato a	
IBAN	
BANCA	
FILIALE/AGENZIA DI	

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. 196 DEL 30  
GIUGNO 2003**

- NO  
 SI

Luogo

Data

In fede,