

ALLEGATO 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 BRINDISI

Per il tramite del Dirigente Amministrativo del Distretto Socio Sanitario 1

Pec: dss1.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevole che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione procedente, 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 BR per l'assegnazione di contributi economici a sostegno della crioconservazione degli ovociti a fini sociali (social freezing), pubblicato sul Bollettino della Regione Puglia nr. _____ del _____

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.
- ☐ di essere consapevole che in caso di decadenza dal beneficio per non aver comunicato l'avvio della procedura, non sarà possibile presentare domanda per annualità successive 2026/2027;

La sottoscritta dichiara di accettare le clausole previste dall'Avviso e si impegna a rilevare la propria posizione in graduatoria dalla pubblicazione che sarà effettuata dall'Azienda sanitaria sul sito istituzionale.

Allegati alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità;
- Attestazione ISEE ordinaria in corso di validità, con valore pari o inferiore a € 30.000,00.

A tal fine il dichiarante comunica di voler ricevere l'accredito del contributo, nel caso di ammissione al beneficio:

☐ tramite c/c postale o bancario intestato al beneficiario (in caso di c/c intestato ad un soggetto differente dal beneficiario si rinvia all'istituto della delega all'incasso)



PugliaSalute

IBAN:

[illegible]

Istituto bancario/postale _____

- Assegno circolare non trasferibile

- di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo ai 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 Brindisi- via Napoli , 8 - 72100 Brindisi- email responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it PEC: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.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-brindisi/privacy-portale>

Luogo e data:

Firma leggibile: _____