**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 TA**

Per il tramite del Direttore del Dipartimento di Cure Primarie

dipart\_cureprimarie.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

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 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 L.R. n. 42 del 31/12/2024 art. 40, previsto dall’Avviso Pubblico della ASL TA 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 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e s.m.i.;

▢ di impegnarsi a comunicare, a pena di decadenza dal beneficio, entro i successivi 90 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, entro 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 le 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)

Dati del c/c:

IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Istituto bancario/postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Assegno circolare non trasferibile,

La sottoscritta dichiara:

* 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 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 Taranto, Viale Virgilio 31, 74100 Taranto - email [dpo@asl.taranto.it](mailto:dpo@asl.taranto.it) PEC: dpo.asl.taranto@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-taranto/privacy-portale>

Luogo e data: ......................................................

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