REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO WELFARE

SEZIONE BENESSERE SOCIALE, INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETA'

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[1]
- ☐ Soggetto diverso dal beneficiario finale[2]

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	

[1] *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.*

[2] *Genitore, coniuge, tutore o delegato*

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

Nome		Cognome	
Codice fiscale			
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	

COGNOME E NOME DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Nome		Cognome	
Codice fiscale			
Luogo di residenza		Prov.	

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

Denominazione			
Sede legale		Prov.	

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)[3]

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;

[3] *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, _____