



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



Domanda di contributo anno 2020 per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo" (DGR 586/20).

AL DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

Il richiedente (o assistito per il quale si avanza richiesta)

Sig./ra _____

Nato/a a _____ prov. _____

il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap _____

Provincia _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____

Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Specialista del SSN

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Sig./ra _____

Nata a _____ pr. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap. _____ Provincia _____

Recapiti telefonici (cellulare/fisso/altro) _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente:

- Tutore _____
- Procuratore _____
- Altro _____

- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela) _____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 586/20 ed a tal fine allega:

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b;
- Esenzione per patologia cod. 048;
- Autocertificazione di residenza;
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

Il richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 e smi,

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00);
- Di avere perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione);
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione).

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|-------|---------|-------|----------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Versamento | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | sul | proprio | conto | corrente | bancario | |
| <input type="checkbox"/> | Versamento | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | sul | proprio | conto | corrente | postale | |

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)