



Domanda di contributo anno ____2019____ 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”.

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI SUBIACO

UFFICIO PUA

ASLROMA5

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

Sig./ra _____

Nata a _____ pr. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap. _____ Provincia _____

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Specialista del SSN

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra _____

Nata a _____ pr. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____



Città _____ cap. _____ Provincia _____

Recapiti (cellulare /telefono 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 parentele) _____

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) _____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19

A tal fine allega :

- Fotocopia tessera sanitaria
- Certificazione medica rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente
- Autocertificazione di residenza
- Esenzione per patologia cod. 048

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 smi

DICHIARA

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (ISEE con valore non superiore ad € 5.000,00)
- Di aver perso il proprio posto di lavoro (documentazione relativa)
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.

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



- Versamento sul proprio conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

Codice IBAN _____

Data _____

IL DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)