



MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO _____

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO
AZIENDA ULSS N. _____

La richiedente (o assistita per la quale si avanza richiesta)

Sig.a

Nata a Prov. il.

Residente in Via n.

Città C.a.p. Provincia

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro)

Codice fiscale:

Medico di Medicina Generale / Specialista del SSN (barrare la codifica d'interesse)

Nome e 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:

Il Sig./a

Codice fiscale:

Residente in Via n.

Città C.a.p. Provincia

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente:

tutore procuratore altro, specificare

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro)

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale n _____

A tal fine allega:

fotocopia della tessera sanitaria

certificazione medica rilasciata dal medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia di tumore e il conseguente trattamento causa dell'alopecia

scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno solare (anno di presentazione della domanda)



0d55bd56



IL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ PERSONA CHE PUÒ FIRMARE PER
IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE

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 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi,

DICHIARA

1. di essere in possesso/ che la richiedente è in possesso (*barrare la codifica d'interesse*) dell'attestazione dell'esenzione per reddito riferita alla seguente codifica (*barrare la codifica d'interesse*)
 - 6R2
 - 7R2
 - 7R3
 - 7R4
 - 7R5
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 vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica;
3. Rispetto alla presente domanda (*barrare la codifica d'interesse*)
 - di NON aver mai presentato richiesta / di AVER presentato richiesta nell'anno _____ oppure
 - che la richiedente NON ha mai presentato richiesta / che la richiedente HA presentato richiesta nell'anno _____

E SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente al suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo di richiesta contribuito.

Il dichiarante chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (selezionare l'opzione desiderata):

tramite versamento su conto corrente bancario o postale
Banca o Ufficio Postale _____
Agenzia _____
Codice IBAN _____

tramite assegno circolare non trasferibile (E' fatto rinvio all'Azienda UILSS ogni informazione al riguardo)

IL DICHIARANTE

(richiedente/rappresentante legale/ persona che può firmare per impedimento temporaneo)

(data)

(firma leggibile)

Ai sensi della normativa succitata, l'autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.

