



AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO n. 18

COGNOME

NOME

Il Sig. /a
(di seguito indicato richiedente)

nato/a a(Prov.) il

Codice fiscale

Residente in Via.....Città.....

Cap Provincia.....

Sesso F M

Medico Curante

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 ® DPR 445/2000):

COGNOME

NOME

Il Sig./a

Codice fiscale

Residente in Via.....Città.....

Cap.....Provincia.....tel

In qualità di:

- rappresentante legale del richiedente:
(specificare se tutore, procuratore, ecc.)
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere
(specificare grado di parentela.....)

Per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

Di beneficiare **del rimborso pari all'80% della spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca fino ad un massimo di euro 250,00** a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia e allega:

- fotocopia libretto sanitario

- certificazione medica che attesti la malattia da parte del medico di medicina generale o specialista del SSN
- ISEE pari o inferiore ad euro 10.000,00 in corso di validità
- fotocopia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, nel caso di cittadino extracomunitario
- scontrino fiscale o fattura, relativa all'acquisto della parrucca, posteriore alla data (1°giugno 2013) di entrata in vigore della legge regionale 15/2013
- fotocopia carta d'identità del richiedente

A fine della liquidazione del beneficio richiede che il rimborso venga liquidato tramite:

- accredito su C/C bancario o postale

NOTA BENE: il pagamento può essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale che deve essere necessariamente intestato al destinatario

Denominazione della Banca o Banco Posta _____
(indicare l'agenzia o ufficio postale) _____

Codice IBAN:

CIN	ABI	CAB	numero del conto
□□ □□ □	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□

- assegno circolare

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM. DICHIARA CHE

IL RICHIEDENTE

- è cittadino italiano o U. E.
Oppure
- è cittadino extracomunitario (**permesso o carta di soggiorno**)
- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari ad euro _____, come da allegata certificazione.

Il sottoscritto/a, 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, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss. mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che la dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione della sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui sopra.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 ess. Mm. 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 per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)