

# Domanda di contributo anno 2021 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 COLLEFERRO

UFFICIO PUA ASL ROMA5

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

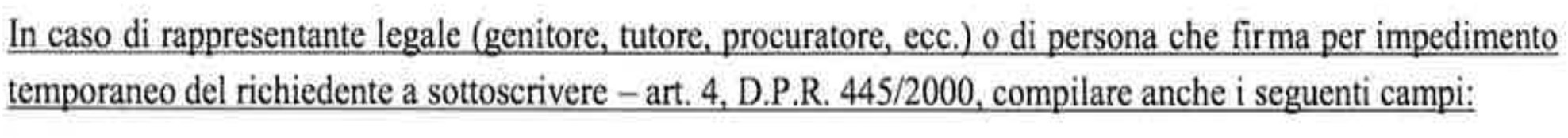
Sig./ra Nato/a a prov. il Residente in via n° Città cap Provincia Codice Fiscale Recapiti telefonici (fisso-mobile) Indirizzo email

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°305/19 così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 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 oncologica 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 € 15.000,01);
* 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):

* Versamento sul proprio conto corrente bancario
* Versamento sul proprio conto corrente postale

Banca o Ufficio Postale Agenzia IBAN

Data

L’OPERATORE DEL PUA IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA (FIRMA LEGGIBILE)