

Domanda di contributo anno 2020 per "Interventi di sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo".

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di

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

Sig./ra.....

Nato/a 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, procuratore,tutore, ecc) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art 4 DPR 445/2000 compilare anche i seguenti campi :

Sig.....

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 parentela).....

Recapiti (cellulare/telefono fisso/altro).....

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/2020

A tal fine allega:

(Pazienti oncologici)

- Autocertificazione di residenza;
- Certificato di esenzione per patologia cod.048;

(Pazienti in attesa di trapianto)

- Autocertificazione di residenza;
- Certificazione medica rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

(Entrambe le categorie)

- Certificazione ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- Dichiarazione di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.

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 IB AN.....

autorizzazione al trattamento dei dati personali di cui al D.lgs.196/2003. Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.lgs. 196/2003 fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.

IL DICHIARANTE

Data

.....
(Firma Leggibile)