



Prot.	Del		Al Punto Unico d'Accesso (PUA)
		I	Distretto Sanitario di
Oggetto: increnti "di attesa p	domanda per l'acc contributi a sostegi per trapianto di org	cesso al contributo ai sensi de no dei cittadini residenti nel La ani solidi o di midollo".Scaden	elle Deliberazioni n. 586/2020 e n. 456/2021 azio affetti da patologie oncologiche e in lista iza 31.07.2022.
Io sottoscri	itta/o		
	ognome		
Nata a		:1	
Codice fisc	ale		
Residente a	1	CAP	
A 127			Provincia
Tel.		e-mail (facoltativo)	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR
_		DICHIARO DI ESSE	ERE
□ Dirett_	interessat_	- January Di Looi	LIKE
Nome e Cog Nato/a a	gnome	il	enza di entrambi, altro parente fino al 3º grado vere (DPR 445/2000. Art 4)
		CAP	Provincia
v id			
Codice fisca	le L L L L L		
Grado di par	entela (specificare)_		
l'el.		e-mail (facoltativo)	
dei/ia minore Nome e Cogi			
14400.4 11		a	Prov
Codice fiscal	e		2107.
□ II tutore Nome e Cogn Nato/a il	□ il curatore	e 🛘 l'amministratore di so	ostegno
Codice fiscale		a	Prov
		CHIEDO	٠.

di accedere ai contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi delle DGR 586 del 6 agosto 2020 e 456 del 13 luglio 2021.





ALLEGO

Persone affette da patologie oncologiche e persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le persone affette da patologie oncologiche);
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi;
- copia della tessera sanitaria;
 copia di un documento di identità in corso di validità
- copia del codice IBAN del conto corrente (su cui è possibile accreditare il contributo) o codice IBAN della carta Postepay Evolution
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato;

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della 1.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

46.

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della/del beneficiaria/o del contributo
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018,ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro(CCNL).





la seguente modalità per il pagamento del contributo: (indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente, su cui è possibile l'accredito del contributo) Intestatario/i
Codice IBAN
Io sottoscritta/o presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali (presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet www.asl.fr.it/ufficio-privacyautorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 493 del 28 luglio 2020.
DICHIARO
 di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.
Data
Firma (per esteso e leggibile)