

**Domanda di contributo anno 2020 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 TIVOLI  
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 \_\_\_\_\_

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:

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°305/19così 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 esmi,

### **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)